22500027173

Anales del Círculo Médico Argentino

PUBLICACION MENSUAL, FUNDADA EN 1877

DIRECTOR-REDACTOR: **Dr. GREGORIO ARAOZ ALFARO**

Médico por concurso del Servicio de niños del Hospital San Roque.
Profesor sustituto de Patologia General

ADMINISTRADOR: **Silvio Tatti**

del Laboratorio de la Asistencia Pública; Laureado en el concurso de 1892

Principales colaboradores:

CABRED D.—Profesor de enfermedades mentales; Director del Manicomio de hombres.
DAVISON D. T. R.—Miembro del Departamento Nacional de Higiene.
DECOUD D.—Cirujano del Hospital Militar; Profesor sustituto de medicina operatoria.
GACHE S.—Laureado en los concursos de 1888 y 1892; Partero del Hospital Rawson.
GUTIERREZ A.—Profesor sustituto de Anatomia; Cirujano agregado al Servicio de niños de San Roque.
LAGARDE A.—Profesor sustituto de Ginecologia; Ginecólogo y partero del Hospital San Roque.
LAGLEYZE P.—Profesor de oftalmologia; Académico de la Facultad de Medicina.
MAGLIONI L. C—.Cirujano del Hospicio de las Mercedes.
OBEJERO E.—Profesor de Laringologia, rinologia y otologia.
PALMA P.—Profesor sustituto de Patologia externa; Cirujano del Hospital Militar.
PEREZ FERNANDO—Médico del servicio de Laringologia, rinologia y otologia del Hospital Francés.
POSADAS A.—Médico interno del Hospital de Clinicas—Disector de la Facultad.
SCHATZ R.—De la Inspeccion técnica de higiene de la Administracion Sanitaria.
SEGURA E. V.—Médico interno de la Casa de Aislamiento.
SEMPRÚN JOSÉ R.—Del Laboratorio de la Asistencia Pública; Médico de la Casa de Aislamiento.
SILVEIRA F.—Miembro del Departamento Nacional de Higiene.
SUSVIELA GUARCH F.—De la Facultad de Berlin; Gerente de la casa Demarchi, Parodi y Cia.
TORNÚ E.—Laureado de la Facultad de Bordeaux.
WERNICKE R.—Profesor de Patologia General; Académico de la Facultad de Medicina.
ZAVALETA M. A.—Médico de sala del Hospital Rawson.

TOMO XVIII

DIRECCION: CALLE GENERAL VIAMONT, Nº 541

BUENOS AIRES

Imp., litog. y encuad. «Mariano Moreno», Corrientes 829

1895

2115

313543

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 1

Anales del Círculo Médico Argentino

ENERO DE 1895

Laboratorio del profesor Dr. Wernicke

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS TUMORES DE LA BÓVEDA PALATINA

por el Dr. **Alejandro Posadas**

Médico interno del Hospital de Clínicas

Hace menos de un año publiqué en *Semana Médica* (1) la observacion clínica y el exámen anátomo-patológico de un tumor de la bóveda palatina, de los llamados tumores mixtos del paladar ó adeno-sarcomas (Trélat). El resultado de esa observacion me hacia desconfiar de la naturaleza benigna acordada á esos tumores, pues el que con el profesor Wernicke habíamos examinado, resultó un verdadero carcinoma.

Junto con la observacion del enfermo operado, señalaba un nuevo caso, que se habia presentado al consultorio quirúrgico de este hospital y el que atemorizado ó por otras razones, difirió la operacion inmediata que se le aconsejaba, no habiéndolo vuelto á ver hasta estos dias, en que incomodado por el volúmen de su tumor ha venido á reclamar su extirpacion.

Su historia y el exámen anátomo-patológico de su tumor son los que siguen:

Manuel V., 36 años, español, comerciante.

No recuerda haber tenido enfermedad grave. Hace dos años notó en el paladar un pequeño tumor del tamaño de un garbanzo, indoloro, situado á la izquierda del rafe y próximamente en su parte mediana. Ha permanecido casi estacionario hasta hace dos años, en que ha aumentado de volúmen rápidamente. La deglucion se ha hecho muy difícil, la palabra es gangosa.

(1) Buenos Aires, Febrero 15 de 1894.

Se resfria frecuentemente. El aumento del tumor no ha hecho cambiar á éste de benignidad. Es completamente indoloro, y solo incomoda por su volúmen.

Al exámen, se nota un tumor implantado en el lado izquierdo del paladar y oblícuamente dirigido hácia abajo y á la derecha.

La base del tumor no llena completamente la bóveda palatina.

En la parte anterior de ésta, y en una extension como de dos centímetros á partir del borde alveolar, la mucosa palatina está todavia adherida al hueso. Igualmente en el lado derecho, hay un espacio entre el borde dentario y la masa del tumor, donde la mucosa no ha sido todavia desalojada y donde es posible insinuar un estilete que llega hasta la base de la neoplasia y que presenta á ésta en ese punto con tendencia á la pediculizacion.

En todo el resto del paladar la mucosa ha sido levantada por el tumor desarrollado entre ésta y el hueso. No presenta sin embargo alteraciones, ni en su continuidad ni en su vascularizacion.

La úvula hállase rechazada hácia atrás y arriba, lo mismo que los pilares anteriores Las amígdalas están hipertrofiadas.

El tumor consta de dos grandes lóbulos : uno superior ó basal y el adherido á la bóveda, es del tamaño de una ciruela, redondeado, renitente, elástico y de una superficie irregular con pequeñas lobulaciones.

El lóbulo inferior ó terminal es redondeado, liso, duro; llega hasta el contacto de la lengua que rechaza hácia abajo. Es hemisférico y separado del otro lóbulo por un surco circular bien neto. Hace la impresion de uno de esos tubérculos que presentan las papas y su tamaño es algo menor que el de una nuez.

El maxilar superior no parece haber sufrido con la presencia de la neoformacion ; conserva todos sus dientes.

Explorando el piso de la fosa nasal izquierda con una sonda, ésta no sigue un trayecto horizontal, sino que se eleva hácia arriba, lo que indica un levantamiento en este sitio de la bóveda palatina.

La enucleacion del tumor fué fácil; no habia adherencia á la mucosa palatina ni á la bóveda ósea.

El exámen microscópico dá resultados idénticos á los del

tumor antes mencionado. La neoformacion parece haber comenzado con los caracteres de un simple adenoma. Pero muy rápidamente sucede á la multiplicacion de los tubos una modificacion de su epitelio de revestimiento, que termina en una proliferacion atípica de sus elementos, que dá perfecto derecho para denominar el tumor cáncer alveolar.

Los cordones celulares macizos que constituyen la mayoria del tejido neoformado, han sustituido los tubos glandulares de revestimiento epitelial bien ordenado.

Creo que la denominacion de epitelioma canalicular, expresando el orígen y forma del tumor en cuestion, es una denominacion preferible á la de cáncer alveolar.

En todo caso, la extirpacion inmediata de estos tumores es una conducta que se impone.

Tanto el caso recientemente operado como el anterior no han dado noticias de su estado actual. Habrá recidiva? (1)

Enero 8 de 1895.

Manifestaciones laríngeas del sarampion

EDEMA TARDIO Y SU DIAGNÓSTICO CON EL CRUP

Por el Dr. **Eliseo V. Segura**

Médico interno de la Casa de Aislamiento

Las manifestaciones laríngeas del sarampion pueden dividirse en dos clases: precoces y tardias.

Las primeras carecen comunmente de importancia y por lo tanto las consideraremos ligeramente, deteniéndonos un poco más en las segundas, verdadera complicacion del sarampion y que por la intensidad con que á menudo se presentan, llegan á comprometer sériamente la vida de los enfermos.

Antes aun del período de erupcion y contemporáneo á las manifestaciones catarrales de la mucosa conjuntival, nasal, etc., existe una laringitis idéntica subjetivamente á la laringitis catarral aguda comun, pero perfectamente diferenciable á menudo, por medio del exámen laringoscópico, el que prac-

(1) A fin de no retardar la aparicion de este número ha sido necesario suspender para el próximo las fotografías de las preparaciones microscópicas.

ticado en tiempo oportuno, permite ver en la laringe, un enantema análogo al que se observa en el velo del paladar.

De este enantema hemos tenido hace poco tiempo, un magnífico ejemplo en un jóven de quince años, en el que bien hubiera podido hacerse el diagnóstico de la fiebre eruptiva, tan solo por el aspecto de su laringe, tan claro y evidente era el enantema, que tuvimos seguramente la suerte de observar en el momento más propicio, pues que siendo una manifestacion fugaz, no es posible constatarla la mayor parte de las veces.

A esta erupcion, que ha sido notada por numerosos autores, se le asigna como sitio de eleccion las cuerdas vocales; sin embargo, en nuestro enfermo, existia tambien en las bandas ventriculares, siendo sí mucho más manifiesto en las cuerdas, lo que por otra parte, bien puede ser debido á que éstas no presentaban aún esa coloracion rojo intensa de los primeros, haciendo por lo tanto resaltar mejor la erupcion.

Comunmente esta laringitis sigue una evolucion favorable, siendo muy raro ver producirse en este primer período, el edema de la glotis, laringitis estridulosa, etc.

Las manifestaciones tardias, que no son más que una continuacion de las primeras, revisten á veces formas verdaderamente graves, como ulceraciones de las cuerdas, abcesos, edema de la glotis, condritis y pericondritis, llegando á veces hasta la necrosis de los cartílagos.

El diagnóstico entre ellos, es sumamente difícil, casi todos se manifiestan por signos de estenosis, y como el exámen laringoscópico, único que puede revelar la verdad, es á menudo imposible por la clase de enfermos (niños en su mayor parte) hay que guiarse únicamente, por las manifestaciones exteriores.

Con motivo de la reciente epidemia de sarampion, hemos tenido ocasion de ver muchos niños, presentando estas manifestaciones laríngeas tardias. En algunos de ellos nos ha sido posible mirar la laringe, habiendo encontrado como lesion dominante el edema, más ó menos acentuado; esto viene á explicar un error de diagnóstico frecuentemente cometido, cual es de considerar estos enfermos, como atacados de crup, y como generalmente no presentan nada por parte de la faringe, se los toma por crup inicial; hecho que ha dado lugar á estadísticas inconcebibles, como la de *Sanné,* citado por

Gottstein, segun la cual, de 93 casos de difteria consecutiva al sarampion, ha encontrado la laringe atacada 87 veces, dando una proporcion de 93.5 %, figurando en mayor número, aquellos en que solamente la laringe fué atacada, que los que en que lo fué á la vez laringe y faringe.

Que la predisposicion para adquirir la difteria, esté aumentada debido al estado inflamatorio de la laringe, es natural, pero como esta inflamacion no es exclusiva de este órgano, sino que existe tambien en la faringe, naso-farinx y fosas nasales, no se explica por que puede tener lugar esa inmensa diferencia de lo que sucede comunmente, á no ser por los casos indebidamente tomados como crup, los que probablemente serán en su mayor parte, de edema laríngeo. Hemos tenido ocasion de comprobar prácticamente este error, en niños que han sido aislados como afectados de crup, cuando en realidad lo que tenian, era un edema laríngeo.

El cuadro sintomático de ambos presenta sus analogias; sin embargo, creemos que con un exámen prolijo y fijándose especialmente en los antecedentes, la confusion no será posible, aun prescindiendo del exámen laringoscópico, imposible en el mayor número de casos.

El tratamiento de estas laringitis es bien conocido para que valga la pena de repetirlo, recordando únicamente los inmensos beneficios que está llamado á prestar el tubaje de la laringe, operacion sumamente fácil y que carece por completo de los peligros de la traqueotomia. Actualmente, numerosos autores, Beclerc, Dillon Brown, J. Hublard, T. Waschaus entre otros, lo prefieren á esta última, aun en el tratamiento del crup, á pesar del peligro de empujar las falsas membranas, causando una asfixia inmediata, peligro que no existe en el edema, en el que como la gravedad es debida á un fenómeno puramente mecánico, el resultado será evidente.

Buenos Aires, Enero 8 de 1895.

CASOS CLÍNICOS

Envenenamiento accidental por el datura stramonium (chamico)

HOSPITAL SAN ROQUE — DOCTOR ARAOZ ALFARO

El 28 de Noviembre último, los practicantes de guardia me llamaron para ver á un niño de tres años, grueso y bien constituido, que era traido á la porteria con graves síntomas de intoxicacion.

El niño era presa en ese momento de gran agitacion y de delirio que, aunque no furioso, hacia difícil mantenerlo tranquilo. Habia gran rubefaccion, de tinte escarlata, en la piel de la cara, del cuello y del pecho, visible porque los movimientos desordenados habian casi desnudado al niño. Gran dilatacion pupilar y falta de reaccion á la luz. Pulso rápido, regular. El enfermito no se quejaba de nada, puesto que deliraba, pero tomaba el agua con avidez.

Los padres referian que se encontraba en ese estado desde dos horas antes próximamente, habiendo sido mas violento el delirio y habiendo presentádose tambien movimientos convulsivos fugaces.

Esta sintomatologia revelaba, como se vé, que el agente tóxico debia ser la belladona ó uno de sus similares; los padres referian, por otra parte, que el niño andaba jugando en un sitio baldio y que al rato volvió comiendo unas hojas que debian ser las productoras del envenenamiento. Traídas las hojas, fueron fácilmente reconocidas como pertenecientes á una planta de chamico (*datura stramonium*, familia de las *Solanáceas*).

Como le habia sido ya administrado en el público un vomitivo, aunque sin éxito, nos abstuvimos de insistir con otro, en vista de que los síntomas de intoxicacion parecian declinar, limitándonos á hacer, por esto mismo, una medicacion sintomática.

Se dió al enfermito un baño tibio prolongado y se le prescribió dósis hipnóticas de cloral. El delirio y el eritema continuaron hasta la noche, poco violento el primero; parecia no haber ya disfagia y si solamente sequedad de garganta. Al dia siguiente, todo habia vuelto al estado normal, excepto las pupilas que permanecian aún algo dilatadas.

Siendo el chamico una planta tan comun, nada de extraño tiene que pueda observarse de tiempo en tiempo intoxicaciones como la que relatamos. Es esto mismo lo que nos mueve á publicar la observacion.

Es bien sabido que esta planta, antigua «*hierba de las brujas*» ó «*del diablo*», es dos veces mas activa que la belladona y que su principio activo, la *daturina*, determina los mismos efectos que la atropina cuya composicion química es la misma.

A pequeñas dósis, se observa sequedad de la garganta, dilatacion pupilar, aceleracion de la respiracion y de la circulacion con aumento de la presion sanguinea. A dósis elevadas, se nota retardo de la circulacion y descenso de la presion sanguínea, congestiones pasivas, disminucion de la sensibilidad. Por fin, á dósis tóxicas, aparecen, además de los fenómenos descritos, alucinaciones, un delirio alegre ó furioso, ensueños eróticos, priapismo y últimamente postracion y muerte.

Agregaremos que ni el estramonio ni la daturina se emplean al interior. Las hojas son usadas frecuentemente, en las provincias sobre todo, en aplicaciones externas como analgésico.

En presencia de un envenenamiento por esta planta ó por la belladona, despues de los evacuantes, se ha aconsejado como antídotos una cantidad de sustancias tales como la digitalina, los estimulantes difusibles, la ergotina, la estricnina, la quinina que neutralizaria sus efectos sobre la médula (*Gubler*), el jaborandi, el haba de Calabar.

El ópio, antagonista poderoso segun se creia antes, pare-

ce enteramente ineficaz (*Harley*, *Denis*, *Asociacion Médica Inglesa*, 1874).

La eserina parece inútil cuando la atropina ó la daturina han sido administradas á dósis tóxica (*Bourneville*, *Fraser*).

El antagonismo entre la atropina ó la daturina y la muscarina, seria real, segun las experiencias de *Schmiedeberg*, *Kopp* y de *Prèvost* (de Ginebra).

Como contravenenos químicos: el tanino, el the, el café, el agua iodurada, el ioduro de potasio iodurado.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Seroterapia en el cólera, por Savtschenko

Las experiencias hechas por el autor en el laboratorio del profesor Podvissotski y comunicadas á la Sociedad Médica de Kieff, confirman los resultados obtenidos por otros observadores y que pueden resumirse así: 1º, *se puede inmunizar animales contra una cultura colérica viva, inoculándoles una cultura muerta*; 2º, *se puede inmunizar al hombre y los animales por medio del suero de animales inmunizados.*

Respecto de la tercera cuestion que estudia, sobre *si es posible tratar los coléricos por el suero de animales refractarios*, el autor ha llegado á los resultados siguientes:

Si se inyecta á un animal al mismo tiempo, una dósis mortal de cultura viva de bacillus vírgula y suero inmunizado, el animal no se enferma; sucede lo mismo si se inyecta el suero de una á tres horas despues de la inoculacion de dósis mortales de culturas. Pero esta inyeccion no ofrece accion alguna, cualquiera que sea su cantidad, si los síntomas generales se han manifestado ya, y, en este caso, los animales mueren.

Una dósis mortal mínima no mata un conejo inmunizado, pero una dósis diez veces más fuerte, ocasiona la muerte del animal. Examinando la sangre de un conejo testigo muerto de cólera, se encuentra allí un gran número de bacterias y muy pocas ó ninguna en la sangre del conejo inmunizado.

Este último es muerto, por consiguiente, por un veneno no organizado. Así, pues, el conejo está inmunizado contra el bacilo vivo, pero de ninguna manera contra el veneno elaborado por este bacilo.

El autor ha inyectado tambien suero á dos enfermos en el período de algidez, pero sin resultado favorable.

M. Svatschenko concluye, que los animales inmunizados no elaboran una antitoxina, sino solamente una inmuno-proteina que los preserva contra la infeccion por organismos vivos, por el bacilo, pero en manera alguna contra el producto elaborado por el bacilo. *He ahí por que la seroterapia que puede ser útil en las infecciones crónicas, no tendrá*, segun el autor, *ninguna accion favorable en los casos agudos, en que una gran cantidad de toxina es rápidamente introducida en la economia.* (*Archives de Méd. experimentale et d'anatomie path.*, Noviembre 1° de 1894).

Las icterias epidémicas

El Dr. Lireux, en ocasion de una pequeña epidemia observada por él, ha estudiado todos los documentos anteriores respecto de estas invasiones sucesivas, cuya causa nos es desconocida todavia.

Un primer punto digno de notarse, es que en toda epidemia de icteria, hay una mezcla de casos graves y de casos benignos. Es raro que en una epidemia, aun limitada, no haya algunas víctimas, y que al lado de armarillosis que curan en algunos dias, no se encuentre otras que acaben en la muerte en poco tiempo.

Es tambien en estas formas que se observa esas icterias prolongadas, icterias agravadas de *Mossé*, que comienzan como la icteria catarral más benigna y acaban, despues de haber durado un tiempo más ó menos largo, tres semanas ó más, por el complexus bien conocido de la icteria grave.

Otro carácter especial es la coincidencia frecuente ó la alteracion de las epidemias de icterias con epidemias diferentes, en particular con la fiebre tifóidea; es este un punto de alta importancia nosográfica.

Las epidemias de icteria observadas hasta aquí son bastante

numerosas y las primeras han sido vistas en medios militares; un buen número se han producido en individuos habiendo estado en contacto con aguas sucias, habiendo trabajado en la limpieza de canales ó estanques, tanto que *Kelsch* ha podido decir que para ciertas epidemias, el foco generador era los pantanos, el limo, el suelo rico en materias orgánicas vegetales ó animales, en fin, las aguas que tenian en suspension estas materias. En ciertos casos muy demostrativos es el agua de bebida que ha debido ser incriminada.

Otro hecho parece tambien muy seguro, es que las epidemias de icteria coinciden en ciertos casos con las de fiebre tifóidea ó con la malaria; hay una relacion tal entre estas diversas afecciones que, en ciertos casos, puede uno preguntarse si la afeccion no es debida á una localizacion especial del mismo microbio. Pero los hechos están lejos de ser comparables entre sí, aun al punto de vista etiológico, de tal modo que el pronóstico varia mucho segun las epidemias.

De una manera general, parece que la icteria epidémica sea más á menudo benigna que grave. En la mayor parte de las epidemias, la mortalidad es débil.—*Meynert* no ha observado sino tres muertos en más de quinientos casos; en las epidemias típicas, los sujetos ictéricos parecen más bien menos gravemente enfermos que los tíficos puros. Es ese un punto interesante, y el pronóstico de la enfermedad parece un poco atenuado. Sin embargo, es imposible al principio de una epidemia, sentar un pronóstico general, pudiendo producirse casos graves en medio de la epidemia más benigna en apariencia; y, por otra parte, pudiendo un caso benigno al principio trasformarse en uno mortal.

En fin, en ciertas epidemias, en la relacion de *Brünning*, en la epidemia de Gaillon, por ejemplo, se ve la mortalidad elevarse mucho, probablemente en razon de las condiciones especiales de cada foco.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*—10 de Diciembre de 1894.)

Euforina—(FENIL-URETANO, DIFENILMETANO Ó ÉTER CARBAMÍLICO.)

De un prolijo y detenido estudio clínico del doctor Perez Noguera (de Madrid), tomamos las conclusiones siguientes que en su mayor parte coinciden con las de Cao, Curtis y Sansoni:

1ª. Administrando la euforina disuelta en líquidos muy alcoholizados, se absorbe con rapidez extraordinaria, pues los primeros efectos del medicamento se manifiestan á los quince minutos.

2º. En los individuos sanos, las dósis terapéuticas solo producen ligera sensacion de calor en el rostro y sudor moderado, pero no debilitan el pulso ni rebajan la temperatura.

3º. *Como antitérmico, posee doble actividad que la antipirina*, pues bastan 50 centígramos para rebajar en 2º ó 3º la temperatura.

4º. El descenso comienza á los 20 ó 30 minutos despues de haber tomado el remedio y va precedido de un sudor muy copioso, con enrojecimiento visible del semblante y sensacion de calor en la piel. En la inmensa mayoria de los casos, se verifica lenta y progresivamente; adquiere su máximum á las tres ó cuatro horas y no se acompaña nunca de cianosis, depresion excesiva del pulso ni síntoma alguno de colapso.

5º. La exacerbacion comienza á las 4 ó 5 horas, no va precedida de escalofrio y se verifica tambien con lentitud, pero con más rapidez que el descenso.

6º. El efecto febrífugo se manifiesta en toda clase de procesos febriles, pero es más acentuado y evidente en los de orígen infeccioso.

7º. *En el reumatismo agudo, puede sustituir al salicilato de sosa*, tanto por su influencia sobre la temperatura como por su rápida y segura accion sobre las manifestaciones dolorosas y flegmasias articulares.

8º. *En el reumatismo crónico, aventaja á todos los medicamentos conocidos hasta la fecha*, pues el alivio se inicia á las 24 horas y la curacion se consigue á los cuatro ó cinco dias, cuando más á los ocho. En cuanto á su eficacia y seguridad de accion, queda demostrada en nuestras seis primeras observaciones, y especialmente en la tercera.

9º. En las *neuralgias* y *hemicráneas*, su efecto no se limita á calmar el dolor por tres ó cuatro horas, como hacen la mayor parte de los analgésicos, sino que cura definitivamente el ataque ó paroxismo, como lo demuestran las observaciones 11, 12 y 13.

10. Como *antiséptico* y *anticimótico*, es superior al ácido fénico, pues impide la putrefaccion de un litro de caldo en dósis de 90 centígramos.

11. Puede sustituir al iodoformo en todos los casos en que está indicado, teniendo sobre él la ventaja de carecer de olor, de restringir más pronto y con más energia las supuraciones y de limpiar en un plazo mucho más breve las superficies ulcerosas.

12. El medicamento de que se trata carece de accion acumulativa y se elimina con rapidez, al parecer, por los riñones.

13. En ningun caso hemos observado fenómenos de intolerancia, ni síntomas molestos de ninguna clase que razonablemente pudieran atribuirse al fenil uretano.

Dósis y modo de administracion.—La dósis ordinaria es de 50 centígramos, y el total por dia y en un adulto, no debe pasar de 2 gramos.

En las fiebres, basta medio gramo dado en el momento de mayor temperatura para producir un descenso, cuando menos de grado y medio; pero si la cifra térmica fuese muy elevada y la remision no se considerase suficiente, pueden administrarse sin temor otros 50 centígramos.

En el reumatismo crónico, hemos prescrito siempre un gramo en dos fracciones, para tomar una por la mañana y otra por la tarde. En el reumatismo agudo, es conveniente elevar la dósis hasta 1,50 gramos en tres veces.

La insolubilidad del medicamento constituye el mayor obstáculo de su uso por via gástrica, pero puede prescribirse en sellos ó en suspension en agua ó en jarabe. Sin embargo, nosotros hemos preferido siempre administrarlo en vino de Jerez, cognac ó aguardiente, donde se disuelve bastante bien; pues, teniendo en cuenta su insolubilidad en el ácido clorhídrico, hemos desconfiado de su absorcion por el estómago en forma pulverulenta. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, núms. 440 y 441.)

Las bebidas calientes en las dispepsias

Véase como aprecia M. Mathieu el uso de estos agentes: En los casos acentuados ó rebeldes, se recurrirá á las bebidas calientes, segun un método muy usado en América y de que Germain Sèe se ha hecho, en Francia, el defensor convencido. Hemos podido asegurarnos por experiencia, que las bebidas calientes dan excelentes resultados en un gran número de casos.

Segun la temperatura de la bebida, se obtiene resultados diferentes. Puede considerarse los líquidos tibios como calmantes, los muy calientes como excitantes. Experiencias hechas sobre los animales han demostrado que, cuando se pasa la temperatura del cuerpo, se produce una congestion de la mucosa estomacal que podria ser peligrosa si se llevara muy lejos. No se deberá, pues, pasar para la bebida la temperatura de 40º próximamente, lo que da la sensacion de un líquido un poco mas que tibio.

La temperatura de la bebida caliente será elevada cuando se quiera obtener sobre todo un efecto de excitacion, baja cuando se busque sobre todo un efecto calmante del dolor.

Como no se puede dar agua pura, que seria desagradable, se recurrirá á las infusiones y al grog ligero. Como infusion se puede recomendar el thé ligero, el mate, la manzanilla, etc. El thé ligero caliente convendrá sobre todo para las comidas de la mañana.

Consideramos el uso exclusivo de las bebidas calientes como un medio muy bueno de combatir la dipepsia atónica y la dispepsia dolorosa sin hipercloridria. De todas nuestras prescripciones higiénicas, es quizá aquella á la cual tenemos tendencia á atribuir la importancia mayor en ciertas condiciones. Las infusiones calientes pueden, por lo demás, ser prescritas sin inconvenientes en la casi totalidad de los casos de dispepsia.

Bastante á menudo, en el caso de astenia á la vez motriz y secretoria, prescribimos un vaso de agua de Vichy bien caliente media hora antes de la comida. Combinamos así la excitacion motriz á la excitacion secretoria. — (*Journal de méd. et chir. pratiques,* 10 de Diciembre de 1894).

Tratamiento de la úlcera del estómago

1º. *Dar al enfermo una alimentacion que no irrite la herida estomacal.* — Régimen lácteo absoluto. — Leche cruda, por pequeñas cantidades á la vez, á fin de evitar la dilatacion del estómago. La cantidad diaria debe ser de 2 á 2 1/2 litros, una taza cada dos horas durante las diez y seis horas de vigilia (Debove). En la convalecencia: polvo de carne ó mejor peptonas sin gusto y sin olor, principiando por dos ó tres cucharadas de café por dia. No volver á la alimentacion

normal sino muy progresivamente. Interdiccion del alcohol durante largos años.

2º. *Calmar el dolor* por las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de morfina cuando los sufrimientos son muy vivos. Es preferible recurrir á los opiáceos ó á la cocaina al interior.

Clorhidrato de cocaina.....	āā	0.10 gramos
» de morfina.....		
Agua de laurel cerezo.....		10 »

Tres gotas en un poco de agua (Bamberger).

3º. *Calmar los vómitos.* — Hielo sobre el estómago. — Hielo al interior. — Agua cloroformada. — Algunas gotas de creosota ó de tintura de iodo en medio vaso de agua.

4º. *Detener las hemorragias.* — Permanencia en la cama en la inmovilidad mas completa. Hielo sobre el pecho. Hielo y leche helada al interior; extracto de ópio, 0.05 á 0.12. Inyeccion de ergotina. Lemoine recomienda la antipirina al interior:

Antipirina.....	1 gramo
Bicarbonato de soda.....	0.50 »

para un paquete. Uno á tres, en algunas horas.

5º. *Modificar la hiperclohidria.* — Diez á veinte gramos por dia de bicarbonato de soda por cucharadas de café en un poco de agua ó de leche, despues que el enfermo ha tomado una taza de este último líquido. — (*L'Union Médicale*, 1º de Diciembre de 1894.)

Glicerolado bórico-salicílico

M. Gaudon indica el procedimiento siguiente, para preparar esta mezcla, llamada á prestar servicios.

Los ácidos bórico y salicílico, calentados en presencia de la glicerina, se disuelven en grandes proporciones, pero, por el enfriamiento, la mezcla no tarda en enturbiarse y en formar una masa espesa y granulosa.

Cuando se calienta de nuevo esta mezcla llevándola á la ebullicion y se añade una débil cantidad de magnesia calcinada, la solucion, despues del enfriamiento, queda absolutamente límpida. El producto así obtenido es miscible en cualquier proporcion con el agua.

Año XVIII – 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII – Nº 2

Anales del Círculo Médico Argentino

ENERO 31 DE 1895

HOSPITAL RAWSON

Servicio de ginecologia del Dr. Juan L. Tessi

Elitrotomia interligamentaria; sus indicaciones y manual operatorio

por **Atilio E. Chiocconi,** interno del servicio

Como hasta la fecha no se ha publicado entre nosotros relato de la operacion de que vamos á ocuparnos, hemos creído interesante referir la historia de dos casos tratados de este modo en el servicio de ginecologia del Hospital Rawson.

Se sabe que la elitrotomia interligamentaria ha sido ideada por *Boisleux* y que ella consiste en incindir el fondo de saco posterior de la vagina y llegar á la cavidad de Douglas para alcanzar el fondo del útero por esta via.

Insistiremos luegó sobre las ventajas de este procedimiento. Relatamos en seguida la historia de las enfermas y el modo como fueron operadas.

Ier CASO.—Operador: Dr. Tessi

Carolina M., italiana, 42 años, casada, costurera.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido antes de ésta, enfermedad alguna, á no ser viruela á los 18 años de edad.

Tuvo su primera menstruacion á los 16 años y duró tres ó cuatro dias; detúvose el segundo, tercero y cuarto mes, despues de los cuales volvió con regularidad, hasta que hace próximamente doce años, despues de un parto laborioso, se hizo dolorosa, irregular y sumamente abundante, pues duraba 8 ó 10 dias con grandes pérdidas de sangre.

Esta metrorragia era lo único de que se quejaba la enferma, al entrar á la sala 6ª, núm. 12 de este hospital; pues á no ser ligeros dolores en el bajo-vientre, dolores que se exacerbaban en la época de las reglas ó despues de grandes fatigas, la enferma pasaba sus dias tranquilamente.

Casóse á los 19 años y tuvo siete abortos y tres hijos que nacieron bien, pero de éstos solo uno vive; los otros murieron al poco tiempo de nacer.

Exámen de la enferma.—Al tacto, la vagina húmeda y caliente, el cuello uterino aumentado de volúmen y ligeramente desgarrado, dando salida por su orificio á mucus mezclado con estrias de pus y sangre.

A la exploracion bi-manual, el útero sumamente aumentado de volúmen, fuertemente enclavado y en retro-látero version izquierda. Pero lo que mas llamó nuestra atencion, fué la existencia en el fondo de saco de Douglas de un cuerpo redondeado, del volúmen de un huevo de gallina, duro, algo liso, poco doloroso y con un grueso pediculo que se perdia en la pared posterior del útero, cerca de la insercion de la vagina.

Al introducirse el histerómetro vióse que entraba con bastante dificultad, desgarrando al penetrar algo así como fungosidades; cavidad, 12 centímetros.

En vista de esto se hizo el diagnóstico de *fibroma sub-seroso pediculado*, caido en el fondo de saco de Douglas, y se preparó la enferma para la operacion.

II CASO.—Operador: Dr. Legrand

Maria C., argentina, 18 años, casada, mucama.

Antecedentes personales.—A los 8 años sarampion, á los 10 fiebre tifóidea; fueron sus únicas enfermedades antes de la actual.

Menstruó por primera vez á los 13 años, sin dificultad alguna, y duraron las reglas tres dias, continuando así hasta hace nueve meses, y aumentando desde entonces en dias y cantidad.

Enfermedad actual.—Remontan sus padecimientos al año 1890 en que empezó á sentir fuertes ardores al orinar, al mismo tiempo que abundante flujo amarillo verdoso llenaba la vagina y manchaba sus ropas; sometióse entonces á tratamiento y al poco tiempo desaparecieron los ardores al orinar, pero no así el flujo que continuó siendo abundante, pero blanco.

Viéndose mejorada abandonó todo tratamiento, pero no tardó en sentir fuertes dolores en el hipogastrio y sobre todo en el vacio izquierdo, dolores que aumentaban con el trabajo y desaparecian casi completamente al acostarse; la menstruacion se hizo algo dolorosa, abundante, y duraba mayor número de dias; el flujo aumentaba, en vista de lo cual resolvió ingresar á este hospital, ocupando la cama número 19 de la sala 6ª.

Exámen de la enferma.—Al tacto se notaba la vagina húmeda y caliente, el cuello uterino cónico, chico, ulcerado y con un orificio pequeño, todo lo cual se comprobó con el espéculum, que nos demostró además, la salida por el orificio de una gran cantidad de flujo purulento.

A la exploracion bi-manual se encontró un útero pequeño y en retroflexion, las trompas algo gruesas, lo mismo que el ovario izquierdo; pero lo más importante fué la desaparicion de su lugar del ovario derecho, al mismo tiempo que se notaba en la parte media del fondo de saco de Douglas, un cuerpo redondo, liso, del grosor de un huevo de gallina, algo fluctuante y sumamente doloroso, pues apenas se tocaba la enferma daba un salto. El histerómetro penetró 4 centimetros.

Se hizo el diagnostico de *metro-salpingitis* y *ovario derecho quístico y prolapsado*, diagnóstico que se comprobó despues con la operacion.

Preparadas las enfermas con tres dias de anticipacion durante los cuales se les hicieron jeringatorios é inyecciones intrauterinas antisépticas calientes, taponamientos vaginales con gaza iodoformada y prévio purgante el dia anterior á la operacion, procedieron los doctores Tessi y Legrand, ayudados por el doctor Cremona y los internos del servicio, á practicar la elitrotomia inter-ligamentaria, de la manera siguiente:

Colocada la enferma en posicion dorso-sacra, las piernas separadas por el aparato de Clover y prévia anestesia clorofórmica y antisepsia del campo operatorio, se hizo un raclaje uterino, taponándose en seguida la cavidad del útero con gaza iodoformada.

Hecho esto, se colocó dos separadores en las paredes late-

rales de la vagina, agarróse el labio posterior del útero con una pinza irrigatriz á fijacion de Berlin, entregóse ésta á un ayudante que la tiraba fuertemente hácia arriba, para que al mismo tiempo que sostenia el útero hiciera resaltar perfectamente los ligamentos útero-sacros.

Entre los dos ligamentos y á un centímetro poco más ó menos por debajo de la insercion de la vagina al útero, se empezó una incision vertical de 5 centímetros poco mas ó menos; dejóse floja la pinza que fijaba el útero y el operador introdujo los dedos medio é índice por dicha incision y procedió á desprender con ellos las adherencias, primera mente del útero y despues de los anexos, habiendo tenido cuidado, mientras esto hacia, de que un ayudante, colocando una mano en el hipogastrio, empujara el útero hácia abajo.

Desprendidas las adherencias y movilizados completamente el útero y sus anexos, prévio un buen lavage con agua caliente, introdujo el operador nuevamente el índice y medio de la mano izquierda por la incision vaginal, y mientras un ayudante empujaba hácia abajo el útero, agarró entre dichos dedos el ovario quístico prolapsado en Maria C. y el fibroma en Carolina M., sacándolos fuera de la incision.

Una vez afuera el tumor, el operador reemplazó sus dedos por una pinza Péan y Richelot, apretando fuertemente el pedículo; hízose su ligadura con seda gruesa, cortóse con bisturí, cauterizóse é introdújoselo adentro; lavage en seguida con solucion boricada.

Procedióse despues á la colocacion de tres puntos de sutura, dos en la parte superior y otro en la inferior.

Antes de anudar estos puntos se introdujo entre los dos superiores y el inferior, un tubo de drenage en forma de cruz, cuyo objeto principal es tener levantado el útero y sobre todo dar salida á las serosidades sanguinolentas que se producen, cuya acumulacion seria perjudicial al peritoneo: anudáronse los puntos de sutura, lavóse el todo, espolvoreóse la herida con iodoformo y taponóse la vagina con gaza iodoformada.

Marcha. — Las enfermas pasaron el dia y la noche sin dolor ni molestia alguna; temperatura, pulso y respiracion normales.

Al dia siguiente hízoseles la primera curacion con solucion de ácido bórico y como el drenage no diera salida á serosidad alguna en Maria C., se suprimió y reemplazó por una mecha

de gaza iodoformada, taponándose la vagina con la misma gaza; mientras que en Carolina M., como el tubo diera salida á serosidad, dejósele hasta el siguiente dia; temperatura, pulso y respiracion, normales.

Dia tercero: nueva curacion con solucion boricada, supresion de la mecha de gaza en la primera y del tubo en la segunda, taponamiento vaginal con gaza iodoformada; temperatura, pulso y respiracion, sin novedad.

La misma curacion repitióse los dias subsiguientes, sacándose el quinto los puntos de sutura. A los diez dias las enfermas estaban completamente sanas.

Como puede verse por la descripcion que acabo de hacer así como por la marcha que han seguido las enfermas, es esta una operacion completamente inócua, que *reemplaza ventajosamente la laparotomia en los casos de retro-desviaciones debidas á adherencias, de prolapso del ovario, de pequeños fibromas pediculados de la cara posterior del útero* y para dar salida á colecciones purulentas en la cavidad de Douglas, en las *para-metro salpingitis.* Combinada la elitrotomia interligamentaria, que tambien podria llamarse laparotomia vaginal, con la operacion de Laroyenne, puede servirnos para la extirpacion de grandes tumores. Nos sirve además para la Ovariotripsia, la cauterizacion de ovarios, operacion de Chaput, etc., etc., de manera que quedaria la laparotomia abdominal únicamente para casos excepcionales.

Tiene tambien sobre la laparotomia abdominal la ventaja de no exponer al shock, ni á la infeccion del peritoneo, complicacion que, á pesar de la excelencia del método antiséptico, siempre nos proporciona alguna víctima.

Y aun en los casos reservados para la laparotomia abdominal, siendo la elitrotomia tan inofensiva ¿no seria conveniente asociarla á aquella, para desprender las adherencias posteriores, siempre incómodas y engorrosas de tratar por la via abdominal?

Agreguemos á todo esto, que las elitrotomizadas, curan mas pronto que las laparotomizadas, que la operacion no asusta tanto á las enfermas como la abertura del vientre y evita la cicatriz del abdómen, que aunque inofensiva, mu-

chas enfermas, sobre todo jovenes, prefieren arrostrar los padecimientos de una enfermedad por toda la vida y no tener la marca del vientre, que algunas creen el signo indeleble de la mujer de *mundo*.

CASOS CLÍNICOS

I. **Apendicitis y abcesos secundarios del hígado.**
II. **Insuficiencia mitral y pericarditis.**

Por el **Dr. Jaime Darquier**

Jefe de clínica de la sala 4ª del Hospital de Clínicas, servicio del Dr. A. Ayerza.

Creo interesante la publicacion de estas dos historias: la primera por las dificultades del diagnóstico, cuyas titubeaciónes se perciben en los asuntos de la redaccion diaria que ha sido conservada; la segunda, al contrario, por su sencillez, derivada de la existencia constatada de los signos típicos de la lesion; ambas, porque fueron seguidas de autopsia y porque representan los dos extremos de las eventualidades de la clínica.

I

A. V., 24 años, soltero, italiano, peon. Entra á la sala el 18 de Marzo de 1893 y ocupa la cama núm. 23. Nada de particular en sus antecedentes hereditarios. Fué siempre sano. El año anterior, 1892, tuvo una ligera enfermedad que le obligó á guardar cama durante algunos dias.

Su enfermedad actual comenzó hace próximamente once dias. Súbitamente fué atacado de un violento dolor de cabeza y de vientre. Así y en gran desfallecimiento, permaneció el primer dia; al dia siguiente desapareció la cefalalgia. Como anduviese duro de vientre, tomó un purgante, que produjo efecto; despues ha movido con regularidad, pero sin diarrea.

Quizá tres dias despues del primer accidente — no es posible

precisarlo — principió la fiebre bastante intensa que continúa aún. Siente mucha sed y la boca muy seca. Sin tos ni expectoracion, ha tenido ligeros accesos de fatiga. Desde que está enfermo ha dormido muy poco y el apetito ha disminuido hasta desaparecer totalmente en los últimos dias. En el segundo y cuarto dias de enfermedad ha tenido escalofrios intensos.

Estado actual. — General, postrado. Temperatura, 40º2. Tinte sub-ictérico de la piel y conjuntiva. Una sola mancha lenticular en el abdómen. Anorexia. Lengua seca, saburrosa, bordes rojos. Dolor, que aumenta á la presion, en el hipocondrio derecho. Existe gorgoteo, pero no dolor, en la fosa ilíaca. Ligero abultamiento de vientre. Hígado aumentado de volúmen, bazo grande de 15 cm. Una ó dos deposiciones normales, sin diarrea.

Dispnea.—42 respiraciones por minuto. Los movimientos del tórax son iguales durante la respiracion. Nada especial se nota á la inspeccion. Oscuridad del sonido de percusion en ambas bases. Oscuridad completa del espacio de Traube, debida tal vez al aumento del lóbulo izquierdo del hígado. Vibraciones torácicas disminuidas en las bases, donde la respiracion es débil. En el vértice izquierdo, por delante, se percibe la inspiracion algo ruda.

Pulso. — 120 por minuto. El primer tono del foco mitral bastante apagado, pero perceptible. El pulso es igual, poco tenso, dícroto.

Orina. — 1000 cc., con los elementos de la bilis y cantidad de albúmina inferior á 0.50 por 1000.

Tratamiento. — Ocho ventosas escarificadas en ambas bases, gran número de ventosas secas en toda la espalda. Dos lociones diarias con vinagre caliente. Tónicos. Régimen lácteo. Dos inyecciones diarias de ergotina.

Marzo 19. — Anoche, 39º9; esta mañana, 40º1. Respiracion, 32; pulso, 130. El estado del enfermo no ha variado casi. Está bastante ictérico. Ninguna modificación en el tórax y abdómen. La mancha lenticular ha desaparecido. Sigue el mismo tratamiento.

Marzo 21. — Anoche, 39º5; hoy, por la mañana, 38º9. Respiración, 36; pulso 120. El timpanismo ha aumentado mucho. El espacio de Traube ha aclarado, el sonido, pero poco;

las bases pulmonares siempre oscuras. Se aplica hielo al vientre. Antisepsia intestinal.

Marzo 22. — Anoche, 39°9; hoy por la mañana, 39°5. Respiracion 28; pulso 120.

Marzo 23. — Anoche, 39°2; hoy 39°5. Respiracion 36; pulso 132. En el momento de la visita ha tenido un escalofrio extremadamente violento que ha durado más de diez minutos. Cerebro muy despejado. Duerme algo de noche. Se queja de una sensacion de peso al estómago, que aumenta cuando ingiere leche. No hay dolor en el vientre, ni espontáneo, ni á la presion. El hígado no está grande. Hay, es cierto, mucho timpanismo. Ha movido el vientre cinco veces, las deposiciones son diarréicas. Mismo tratamiento.

Marzo 24. — Anoche 40°3; hoy 39°4. Pulso 116. En la demás no ha ocurrido modificacion alguna.

Marzo 25. — Anocho 39°4; hoy 39°6. Esta mañana ha tenido un fuerte escalofrio. Nada de particular si no es que las bases pulmonares están más despejadas; el sonido más claro, la respiracion menos débil.

Marzo 26. — Anoche, violento escalofrio y 39°2; hoy 36°2, temperatura precedida de otro violento escalofrio, ascendió en seguida á 39°9. Respiracion 28, pulso 112.

El hígado ha aumentado de volúmen; está algo doloroso. Ha tenido varios deposiciones no francamente diarréicas. Sigue con icteria. El exámen de la orina indica: cantidad 1500 cc. en el dia; densidad 1012; reaccion ácida; úrea 9 por 1000; no hay albúmina, ni glucosa; existen pigmentos biliares.

Se manda suspender las lociones de vinagre. Sigue la antisepsia intestinal; se hacen dos inyecciones de cafeina.

Marzo 27. — Anoche y esta mañana ha tenido nuevos y fuertes escalofrios. Anoche 38°9; hoy, de mañana, 37°3, y despues del escalofrio 40°. Respiracion 48. Pulso 160. Las bases pulmonares muy despejadas. Más apagado el primer tono cardiaco. Bazo siempre grande. Hay dolor en el hígado que está muy aumentado de volúmen; su límite superior, está dos traveses de dedo del mamelon. El pulso ya no es discroto. Deposiciones no completamente diarréicas. Se mandan dos centigramos de calomel cada dos horas. Dos inyecciones de cafeina en el dia. Tónicos.

Marzo 28. — Ayer á los 7 p. m. un escalofrio. Anoche

38º2, hoy 36º5. Respiracion 30. Pulso 112. Tension arterial, sfig. de Potain, 13. El primer tono cardiaco muy apagado, el segundo tono pulmonar está desdoblado. Pulmones bien Hígado aún mayor que ayer, mide: línea media, 10 cm.; mamilar, 13 cm.; axilar, 17,5 cm.; post-axilar, 12 cm. El bazo, mayor longitud, 12 cm. Dolor en la region hepática y en la fosa ilíaca derecha; mucho timpanismo. Se hace una puncion en la parte más dolorosa del hígado y solo se saca sangre. Mismo tratamiento, menos cafeina.

Marzo 29. — El estado general ha empeorado mucho. Ayer por la tarde tuvo un escalofrío poco intenso y la temperatura ha subido á 38º1. Esta mañana 38º4. Ha pasado la noche agitadísimo y delirante. Cinco deposiciones. Respiracion 40. Pulso 144. El ritmo del corazon se aproxima á la embriocardia. Se suspende el calomel y se prescriben 20 gotas de la solucion de digitalina. Orina muy escasa.

Marzo 30. — Ayer por la tarde escalofrío, despues 39º1; hoy á las 10 a. m., otro, con 39º7. Respiracion muy irregular, 42; pulso 152. Anoche dos deposiciones; hoy tres. Gran timpanismo y dolor en el abdómen.

Marzo 31. — El enfermo falleció ayer á los 8 y 30 p. m.

Autópsia. — *Corazon*: endocardio y pericardio sanos; miocardio pálido y algo friable.

Pulmones. — Congestion y edema en las bases.

Hígado. — Aumentado de volúmen, pesa 2500 grs.; adherencias entre la cápsula de Glison y la hoja parietal del peritoneo; en la parte posterior y superior del órgano emergen pequeños focos purulentos; al corte se ve que el hígado está ocupado por numerosos pequeños focos de pus de volúmen variable, siendo los mayores del tamaño de una nuez

Páncreas. — Pus en el canal (referencia que no está indicada en el parte de autópsia).

Bazo. — Aumentado de volúmen, 20 cm. de mayor longitud; muy reblandecido.

Riñones. - Normales.

En la fosa ilíaca derecha hay un foco de supuracion análogo á los encontrados en el hígado; rodeado de adherencias peritoneales. El apéndice vermicular ulcerado y casi destruido; en el ciego, otra ulceracion; el resto del intestino, normal.

II

F. C., 30 años, soltero italiano, peon, cuatro años de América. Antecedentes hereditarios sin significacion. A la edad de 10 años ha tenido una afeccion febril, acompañada irregularmente de escalofrios y fiebre vespertina; esta fiebre duraba algunas horas solamente; en la mañana se sentia bien. Estos accesos se acompañaban de gran postracion; cuando pasaban no podia tenerse de pié; no tenia sudores, ni diarrea; el apetito estaba conservado. Despues de una breve convalecencia se restableció perfectamente. Esto sucedió en Vicenzo.

A los once años tuvo viruela. Hasta el año pasado seguia bien; de cuando en cuando, á veces cada quince dias tenia epistaxis, que desaparecieron hace cuatro años.

El 30 de Agosto del 93, estando sano, durmió en el suelo húmedo y despertó con dolores en los hombros y en el «espinaso.» Despues tuvo fiebre y tos, y el brazo y la pierna se hincharon, sin dolor; la hinchazon desapareció dos dias despues.

Ingresó al hospital de Chivilcoy donde se asistió durante ocho dias, pero volvió de nuevo, pues seguia enfermo; en esos dias escupió sangre algunas veces. Volvió al trabajo no bien repuesto: los dolores al «espinazo» persistian acompañados de tos y fatiga. Los dolores no eran espontáneos, sino provocados por los movimientos de los brazos y se localizaban en la parte superior del dorso. La fatiga y la tos aumentaban con el esfuerzo. El 5 de Junio del 94, trabajando con el cuerpo metido en el agua, en el Tigre, se sintió mal: la tos aumentó de violencia y la expectoracion se hizo sanguinolenta, los dolores se hicieron mas intensos; se acrescentó la dispnea y se hincharon los piés. Tuvo entonces un escalofrio. Ingresa á la sala el dia 16 de Junio de 1894.

Exámen. — Esqueleto mas bien pequeño, pero la corpulencia bien desarrollada, paniculo adiposo regular; extremidades finas, poca musculatura en los miembros superiores, dedos en forma de palillo de tambor, no muy marcada. Cara roja, algo vultuosa; lóbulo nasal voluminoso, hipertrofiado, lábios ligeramente cianóticos; esclerótica levemente sub-

ictérica; tatuages en ambos antebrazos, dispnea objetiva, ral traqueal.

Tórax.—Simétrico; diámetro ántero-posterior aumentado; respiracion costo-abdominal. Pulmones: por detrás, sonoridad algo timpánica; vibraciones normales; respiracion vesicular; rales sub-crepitantes y roncus diseminados en ambos pulmones; por delante, la percusion dá sonoridad algo timpánica bajo las clavículas; respiracion vesicular; rales sibilantes y roncus. Corazon: no se ve la punta; se siente un choque difuso en la línea mamilar, quinto espacio; se palpan los latidos en el hueco epigástrico y deprimiendo la region se siente un doble estremecimiento presistólico y sistólico, bien apreciable; cuando se ausculta en el foco tricuspidiano se siente tambien un estremecimiento presistólico.

Matitez.—Se extiende al borde superior de la tercera costilla, quince milímetros fuera del mamelon y por dentro, hasta la línea media.

Auscultacion.—En la punta, con mayor intensidad en el foco tricuspidiano, soplo sistólico que se propaga á la axila; el segundo tono, en la punta, grave y lejano; en el foco pulmonar, soplo sistólico fuerte, segundo tono exagerado; en el foco aórtico, soplo sistólico. Ritmo de tres tiempos, con máximum en el 3º, 4º y 5º espacio, sobre la línea paraesternal.

Pulso. – Igual, regular, poco depresible, algo duro; arterias radiales y humerales duras; baile carotideo; no hay pulso venoso; la cianosis es de poca intensidad en los labios y orejas; á la palpacion se siente el tono de las subclavias durante la inspiracion; no se vé pulso en el istmo de las fauces; el trazado del pulso radial es el del pulso paradojal; la curva de ascenso es recta y grande, la de descenso baja hasta la base, sube á la mitad de la altura, para bajar de nuevo y producir un último gancho poco marcado.

Abdómen.—Hígado: la matitez, sobre la línea mamilar, principia en el borde superior de la sexta costilla hasta las falsas costillas.—Bazo: mide 6 c. m. en la línea axilar media. Vientre abovedado, paredes tensas, palpacion normal.

Lengua.—Poco saburral en el centro, agrietada en los bordes y en la punta.

Julio 18.—Los trazados al polígrafo del corazon y del pulso no demuestran retardo apreciable.

Julio 20.—La tos ha aumentado y hay dispnea. El hígado algo mas grande, está doloroso. Pulso regular, igual, algo deprecible. Se mandan XX gotas de solucion de digitalina.

Julio 28.—Sigue la dispnea. Anoche no ha dormido. Las vibraciones torácicas están aumentadas en el espacio comprendido entre la columna y el omóplato; submatitez; ligera broncofonia; no se oye soplo.

Agosto 1º. — Sigue la dispnea. Pulso pequeño, regular, depresible. Se prescriben inyecciones de cafeina.

Agosto 2. – Muere á las 5 a. m.

Autopsia. — En buen estado de nutricion; panículo adiposo bien desarrollado; la piel ha conservado su elasticidad; la rigidez cadavérica es persistente.

Tórax. — La pleura diafragmática derecha ofrece adherencias fibrosas antiguas, difícil de desprender; en las hojas pleurales izquierdas hay tambien adherencias, resistentes en la parte superior é inferior. En el pulmon derecho se observan pequeñas equimosis sub-pleurales diseminadas en toda la superficie; está aumentado de volúmen, es consistente y no crepita en la base; la superficie del corte es lisa y presenta una coloracion rojiza, dejando salir sangre y moco-pus de los bronquios; el pulmon izquierdo tiene los mismos caracteres; su volúmen es algo mayor. *Corazon*: Pericardio, un poco espesado, principalmente al nivel de la aurícula derecha. Corazon aumentado de volúmen; el ventrículo izquierdo contiene pocos coágulos; la válvula mitral sumamente espesada; su espesor es de 4 m. m.; cuerdas tendinosas retraídas; el orificio está representado por una hendidura alargada, de medio centímetro de ancho por tres de largo, próximamente; esa hendidura es horizontal y el orificio no cierra completamente; la aurícula izquierda contiene coágulos cruóricos, así como la derecha; la válvula tricúspide, blanca, espesada, disminuida de circunferencia, no cierra completamente; las cuerdas tendinosas derechas retraídas tambien y engrosadas; miocardio del ventrículo izquierdo algo pálido; la pared de la aurícula derecha tiene un espesor doble del normal; la pared del ventrículo derecho tiene el mismo espesor que la del izquierdo.

Abdómen. — Hígado: adherencias fibrosas imposible de desprender en la superficie convexa; órgano algo disminuido de volúmen y de consistencia aumentada; superficie de corte

igual y lisa; coloracion amarillenta con puntos centrales rojizos; acini visible y vaso central dilatado. *Bazo*: algo disminuido de volúmen; cápsula rugosa; parénquima obscuro y consistente. *Riñones*: la cápsula se desprende fácilmente; superficie externa lisa, igual, rojiza, de vasos perceptibles; superficie de corte, lisa, rojo-obscuro, marcado especialmente en la capa medular; consistencia aumentada. Pelvis, uréteres y vejiga, normales. Estómago, vacio. Intestino, con una delgada capa de mucus en la superficie.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

La litiasis biliar y el corazon

La litiasis biliar repercute sobre el corazon segun cuatro procedimientos de comprobacion clinica y experimental:

1º. Accion refleja sobre los nervios del corazon (Charcot, Brown-Sequard);

2º. Accion refleja sobre los capilares del pulmon, la arteria pulmonar y el corazon derecho (Straus, Gaillard); con estos signos: *a*) aumento de dimension transversal del corazon, desviacion hácia afuera de la punta, sin descenso; *b*) estallido (eclat) del segundo tono pulmonar; *c*) ruido de galope, redoblamiento del primer ruido, palpable principalmente en el epigastrio (carácter que lo diferencia del galope por hipertrofia izquierda); *d*) soplo sistólico tricuspidiano, no constante; *e*) depresibilidad del pulso.

3º. Reabsorcion de venenos biliares y accion de estos venenos sobre el corazon (Bouillaud, Feltz y Ritter).

4º. Infeccion de la sangre; endocarditis; pericarditis, derivadas de la angeiocolitis infecciosa (Jaccoud, Netter y Martha, Seva, etc.)—*La Médecine Moderne*, XII, 22, 1894, núm. 102, «La lithiasie biliaire et le cœur, par le Dr. L. Gaillard.»

Parálisis consecutiva á una angina pseudo-membranosa no diftérica

Mrs. A. Proust y H. Bourgès, comunican un caso en que, segun ellos, por primera vez se practicó el estudio bacte-

riológico de la falsa membrana en tales circunstancias. El método usado parece irreprochable: en la falsa membrana solo se encontraron streptococci, y la parálisis se presentó con caracteres típicos. Este hecho confirma la antigua opinion de Gubler y la afirmacion de actualidad de que, no hay signo clinico que permita afirmar la naturaleza de una angina pseudo-membranosa.—(*Bull. de l'Ac. de Médecine*, Seance du XII, 18, 1894. Comunication.)

Difteria y sueroterapia

Descroizilles, el especialista en pediatria, que ha asistido á las experiencias de Roux, en su servicio, está « extrêmement seduit » por los resultados obtenidos y no da importancia á los accidentes. (*Soc. Méd. des hõp.* seance du 26, XII, 1894).

—Comence y Sator, enviados de Barcelona para estudiar el asunto en Paris, segun parece, en carta al Sr. Mencheta, juzgan: que el suero Roux es inofensivo; que los accidentes observados no tienen importancia; que bajo la influencia del tratamiento las « pellujuelas diftéricas » se « ahuecan », saltan y no suelen reproducirse, etc. Se muestran muy entusiastas. (*Arch. de ginecopatía, obstetricia y pediatria.* XII, 15, 1894, núm. 23. Barcelona).

—Mr. le Prof. Pouchet, publica en *Le Progrès Médical*, 1894, núm. 48 y 50, un excelente trabajo sobre la seroterapia en sus relaciones con las farmacologia. Cree que el porvenir de la seroterapia estará asegurado cuando se descubran, aislen y definan quimicamente las toxinas.

—La comunicacion de Hansemann, analizada ya en una correspondencia del Dr. Coni á *La Prensa*, ha causado sorpresa en la Sociedad médica berlinesa. Von Bergman, á pesar de sus recuerdos de la tuberculina, ha declarado que cree de su deber emplear inyecciones de suero en los enfermos de su servicio. Virchow no se asocia á la condenacion pronunciada por su asistente; declara que, á pesar de los fracasos, la práctica de la seroterapia se impone á los médicos como un deber; rechaza la opinion de los bacteriologistas sobre la parte definitiva que atribuyen al bacterio de Lœffler en el diagnóstico y expone sus ideas conocidas sobre anatomia

patológica de la difteria.—(*La Médecine Moderne*, XII, 19, 1894, núm. 101.)

—Talamon recomienda mayor discrecion para juzgar el rol preventivo del suero. (*Méd. Mod.*, XII, 15, 94, núm. 100.)

—En la sesion del 14 de Diciembre de la «Société médicale des hôpitaux», Le Gendre presenta una série de 17 diftéricos tratados por el suero, con mortalidad de 12,5 %. Los 6 atacados de crup han curado, 3 sin operacion. Á pesar de la insignificancia de la série, Le Gendre opina que las inyecciones de suero parece evitaran la gravedad de los accidentes posteriores á la traqueotomia; ha observado elevacion de temperatura despues de la inyeccion y accidentes tardios (erupciones, diarrea, vómitos, urobilinuria, etc.); no es partidario de la inyeccion preventiva. Le Breton presenta, del hospital de «Enfants Malades», 242 casos con mortalidad de 11,66 %. Sevestre observa que en ese momento la malignidad de la difteria es mayor y parece que la epidemia aumenta (1). Roger y Charrin han estudiado la accion del suero antitóxico sobre la nutricion de los animales: entre otros fenómenos interesantes han constatado que el suero proveniente de animales diferentes, no ejerce una accion idéntica.

—Landouzy, en una leccion publicada en la *Gazette des hopitaux* (XII, 20, 94, núm. 147) insiste sobre la importancia capital del diagnóstico bacteriológico de la difteria; repite los procedimientos conocidos; cree que los accidentes no tienen importancia y que provienen del caballo, no de la propiedad ó de las cualidades antitóxicas.

—Lepine publica una interesante y erudita revista general. y crítica del asunto. En cuanto á la preparacion del suero, presenta estas novedades: (*Brit Med. Jour.*, XII, 15, 94, pág. 1393) prepara rápidamente el suero inmunizando primero al caballo con viejas culturas atenuadas y despues inyectándole grandes cantidades de bacilos vivos sin toxina (tomados en las superficie de culturas secas); de este modo evita la neutralizacion mútua de la toxina y de la antitoxina que retarda la obtencion del suero por el método de Roux. Smir-

(1) Debe recordarse que Hausemann ha hecho notar, con admirable buen sentido, que, con motivo de la exageracion vulgar del éxito del suero antidiftérico, ingresan á los hospitales enfermos leves que antes se atendian en su domicilio.—A. L. L.

now, bajo la direccion del profesor Nencki, lo ha obtenido tratando un caldo de difteria muy activo por la electrolisis (corriente continua de 100 á 120 milliamperes); en 18 horas este caldo adquiere la propiedad antitóxica (*Berl. Klin. Wochensch.*, núm. 30, 1894, pág. 683. (*La Semaine Méd.*, XII, 26, 94, pág. 577).

—Ritter (*Soc. de Médecine berlinoise, Seance du 19, XII, 94*) opina que una medicacion antidiftérica no debe dirigirse al bacilo de Lœffler, so pena de ser juzgada incompleta. Condena las inyecciones de suero antidiftérico, pues ellas determinan graves alteraciones del corazon y del riñon; su valor profiláctico, añade, está lejos de haber sido demostrado, por no haberse tenido en cuenta la innegable inmunidad natural de ciertos niños. Hahn, detalla la estadistica del hospital Friedrichshaim. Desde 1880 han ingresado al hospital 4571 niños diftéricos: 2550 han curado; la mortalidad equivale á 44,2 %; esta mortalidad ha variado: el 88 fué de 32 %; el 89 de 33 %. Desde Febrero hasta el 12 de Diciembre han sido tratados por el suero 205; 49 han muerto, ó sea 24 %; sobre 225 no inyectados fallecieron 93, ó sea 41 %. Segun los preceptos de Behring, los casos de difteria grave séptica no fueron tratados por el suero. Resulta, dice Hahn, que la seroterapia no ha disminuido sensiblemente la cifra de la mortalidad.

—Scheinmann cree que las experiencias deben continuar en el hospital; pero, en la clientela privada, los médicos no deben inyectar suero sino con reserva.

—Liebreich, insiste en la importancia de la observacion de Hausemann que mencionamos en nota. No debe olvidarse tampoco que la mortalidad por difteria es de 50 % en los hospitales de Berlin y de 12 % fuera de ellos. Hansemann confirma su comunicacion anterior y termina repitiendo que si el suero posee propiedades terapéuticas, estas propiedades no son seguramente especificas. (*Soc. de med. berlin., XII, 19, 94, in Sem. méd. XII, 26, 94, núm. 71*).

Las ideas fijas y la poliuria histérica

Mr. A. Souques, jefe de clínica en la Salpètriere, despues de un finisimo estudio clínico y de psicologia, siguiendo los

Este glicerolado bórico salicílico permite obtener extemporáneamente, una solucion conteniendo partes iguales de los dos ácidos, en un grado de concentracion imposible de alcanzar por otro procedimiento, y en la cual, los poderes microbicidas y antisépticos de los ácidos bóricos y salicílico no son debilitados, de ningun modo, por su transformacion en sal neutra ó básico.

Hé aquí la fórmula empleada para ese glicerolado:

Acido bórico.....	10	gramos
Acído salicílico.....	10	»
Agua destilada.....	10	»
Glicerina destilada á 30°.....	40	»

Llevar todo á la ebullicion en un matraz, y añadir: magnesia calcinada, 1 gramo; retardar el fuego y dejar evaporar la totalidad del agua, de manera á obtener, despues de enfriamiento, *50 cc.* de glicerolado, *5 cc. del cual contienen exactamente 1 gramo de ácido salicílico y 1 gramo de ácido bórico.* —(*Repertoire de Pharmacie*, Diciembre de 1894).

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Difteria. — Tratamiento local, *por el Profesor F. Lõeffler, de Greifswald.*

De su comunicacion al VIII Congreso Internacional de Higiene y Demografía en Budapest.

Sin poder por ahora eliminar el tratamiento local de la difteria, lo que acaso solo podria tener lugar confirmándose las halagüeñas esperanzas sobre la seroterapia, contra esta afeccion, importa mucho conocer el tratamiento basado en estudios bacteriológicos que, segun el autor, tan competente para dilucidar cuestiones de este género tratándose de la difteria, pudiera ser como él lo atestigua de éxito en casos numerosos, y no solo para los de difteria simple sinó tambien

para los de difteria complicada con otros microorganismos patógenos y saprofíticos.

Además, este tratamiento puede evitar en gran parte contagios por los bacillus que se desprenden del enfermo.

Ya anteriormente, bajo el título de «Medios de impedir la acumulacion del bacillus de la difteria y muerte de los mismos desarrollados en las capas superficiales de las seudomembranas», despues de largas experiencias, nos dió á conocer el autor una série de medios como el benzol, el toluol, sublimado, cianuro de mercurio, ácido carbólico, etc., etc. capaces de dar muerte al bacillus de la difteria, puestos mas ó menos en contacto con ellos.

En experiencias posteriores se estableció además que el *sexquiclorato de hierro* puro, así como diluciones del mismo con igual ó doble cantidad de agua, hállase en condiciones de destruir cultivos de bacillus de la difteria de una manera momentánea. La disolucion de 1 á 5 en cinco segundos, y la disolucion de 1 á 10 despues de 10 segundos. De la misma manera condújose el licor de sulfato de óxido de hierro.

La mezcla de 60 partes de alcohol con 36 de toluol y 4 partes de licor de sexquiclorato de hierro, comprobada como eficaz en experiencias en animales, se usó en una epidemia de difteria de 1893 á 1894, por Strübing, Mosler y otros. De los enfermos tratados (25 % no tenian bacillus de la difteria) no murió ninguno, mientras que la mortalidad en esta epidemia se elevó á 18,2 %.

Para mejorar el gusto se agregó mentol, estableciéndose al fin la siguiente fórmula:

Rp.	Mentholi.....	10,0	
	Solve in Toluol ad.....	36	ccm.
	Alcoholis absoluti.....	60	»
	Liquoris ferri sexquiclorati.	4	
	M. D. ad Lagenam fladam.		

Bajo este tratamiento desciende la temperatura en lo general á la normal entre 24 y 48 horas.

El estado general se mejora de una manera muy rápida. La aplicacion se continúa mientras que existan membranas, desde

luego cada tres horas y despues de la mejoria tres veces por dia.

Se hace la aplicacion impregnando algodon y refregando con éste fuertemente la membrana durante 10 segundos.

Por la accion penetrante del licor, alcanza su accion hasta las bacterias colocadas mas profundamente en la membrana. Cuando se tiene descomposicion en la boca, causa el cloruro de hierro una coloracion negra de los dientes, haciéndose ineficaz. En consecuencia se le sustituyó por creolina ó metacresol, bajo la siguiente forma :

Mentholi.....	10,0
Solve in Toluol ad.....	36 ccm.
Alcoholis absoluti.....	62
Ccreolini.....	2

M. D. ad Lagenam flavam.

(*Therapeutische Monatsheft*).

Quemaduras. — Su tratamiento por el aristol

Por el Dr. Haas

Dadas las buenas opiniones y entre otras las del Profesor *Demme* y del Profesor *Mosetig-Moorhof*, sobre el tratamiento de las quemaduras con el aristol, probó tambien el autor este medio.

La cuestion aquí es, una vez desinfectada la herida, el alejar por medio de un antiséptico no irritante, toda causa nociva externa, y esta propiedad es la que se encuentra en el aristol. Bajo esas condiciones la cicatrizacion se realiza sin dolor. En muchos casos ha podido comprobarse que bajo la accion del aristol, desaparece el dolor. Además, el aristol forma una verdadera cubierta protectora de gran regularidad, y finalmente, lo que es mas importante, se comprueba la facultad por parte del aristol para activar la formacion granular.

En su aplicacion se desinfectan como hasta ahora las partes con ácido bórico al 2 % y se incinden luego las ampollas. En las quemaduras de poca extension se podrá usar un desinfectante mas enérgico. Diremos de paso, que para las extensas

el aristol, en contra del iodoformo tiene la gran ventaja de no ser venenoso. Las heridas se recubren de gasa impregnada de aristol; sobre esta se coloca algodon estéril, papel de goma, y se termina el vendaje por algunas vueltas de venda.

No se recomienda el pulverizar directamente la parte quemada con aristol, porque en esta forma se impide la absorcion por parte del vendaje, del jugo secretado.

Cuando esto haya tenido ya lugar, podrá usarse el polvo directamente y activar así muchísimo la curacion.

(*Allg. med. Zentralzeitung.* Edmund Saalfeld.)

BIBLIOGRAFIA

Apuntes de farmacia teórico-práctica, *por Ignacio Capdevila.*—Este interesante trabajo ha sido escrito sobre todo para servir como de texto á los dependientes idóneos de farmacia. Contiene, por consiguiente, todo lo concerniente al programa respectivo del Departamento Nacional de Higiene, perfectamente explicado y con ampliaciones de importancia; lleva, por último, una lista de los principales reactivos usuales y de sus aplicaciones mas frecuentes, así como de la manera de obtenerlos.

Es, en suma, una obra de gran utilidad para los candidatos al exámen indicado.

Tuberculosis quirúrgicas en los niños. — *Tésis inaugural de José M. Cullen.* – El trabajo del Dr. Cullen es un estudio tan completo como es posible hacerlo, de los numerosos casos de tuberculosis quirúrgicas tratados en el Hospital de Niños, durante su internado. Como tal, es una obra llena de interés, encerrando documentos sumamente interesantes, que pueden ser consultados con fruto. Estúdiase los tratamientos médicos, los procedimientos de intervencion radical, el método de Lucas Championnière (inyecciones esclerosantes), el de Luton (fosfato de cobre).

Pero es sensible, en nuestra opinion, que el Sr. Cullen se haya reducido á estudiar y comentar esas estadísticas, prescindiendo sistemátamente de los resultados de la práctica

de otros, y así llega á ciertas conclusiones que, si bien pueden ser fundadas en relacion con sus observaciones, no son las que derivan de la práctica universal.

Exámen físico y funcional del aparato auditivo. — *Tésis de Juan E. Torrent.* — Ocupándose de un tema que apenas se conoce entre nosotros, puesto que recien hay una cátedra oficial de otologia, el Dr. Torrent ha hecho un estudio prolijo y completo del asunto.

Si bien todo su trabajo no puede interesar á la generalidad de los médicos, forzoso es reconocer que hay en otologia enfermedades que todo práctico está obligado á saber conocer y tratar, y para diagnosticar todas estas afecciones, puede consultarse con fruto la laboriosa tésis de Torrent.

Apuntes de clínica infantil. – *Tésis de Raul G. Torrent.* El autor estudia tres casos interesantes que ha tenido ocasion de observar en la Casa de Expósitos: uno de *icteria grave en un recien nacido*, otro de *quemadura de la faringe simulando difteria*, y el *último de enfermedad azul por persistencia del canal arterial.* En los tres puntos Torrent no se limita al exámen clínico del caso y á su completa discusion, sino que entra de lleno en el estudio crítico de los trabajos conocidos sobre la materia.

Morphinismo in medical men. by *J. B. Mattison*, Brooklin, 1894.

The modern and humane treatment of the morphine disease, by *J. B. Mattison*, 1893.

Memorias originales mas importantes contenidas en las revistas que pueden consultarse en el Círculo Médico:

M. Moizard—231 cas de diphtérie traités par le sérum, «Gazette des Hôpitaux», 13 Décembre 1894.

A. Demoulin De la carie sèche de l'épaule, «Arch. gén. de médecine», Décembre 1894.

S. Duplay - Note sur un nouveau procédé de traitement des kystes synoviaux, «Arch. gén. de médecine», Décembre 1894.

F. Fraipont—Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée, «Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie», num. 11, 1894.

J. Séglas et Bonnus—Hystérie, confusion mentale et amnésie continue, etc., «Archives de neurologie», Novembre 1894.

Sacara Tulbure—Pseudo-hypertrophie musculaire chez un adulte, «Revue de médecine», Octobre et Novembre 1894.

Thoinot et Dubief—Contribution à l'histoire du typhus exanthématique, etc., «Revue de médecine», Novembre 1894.

Sécheyron—Le rôle de l'infection coli-bacillaire et de la chlorose dans le genèse des accidents eclamptiques, «Archives de tocologie et de gynécologie», Novembre 1894.

Sabrazès et Binaud—Sur l'anatomie path., etc., de la tuberculose mammaire de la femme.

Babés et Zigura—Étude sur l'entéro-hépatite suppurée endémique, etc., etc, «Arch. de méd. expérimentale», etc., Novembre 1894.

CRÓNICA

18 años.—Nuestra publicacion entra hoy en su décimo octavo año de existencia. Los lectores podrán apreciar los progresos cada vez crecientes de la mas antigua de nuestras revista médicas.

Desde hoy se inicia la aparicion quincenal de los ANALES, cuyos dias de salida serán el 15 y el 30 cada mes. En estos meses de vacaciones, su material original tendrá que resentirse algo del descanso á que la mayor parte de nuestros profesores y médicos se entregan. No obstante, contamos con un cuerpo selecto de colaboradores, como puede verse en la primera página, que mantendrá la publicacion en el alto nivel á que se encuentra colocada, esforzándose por mejorarla más aún cada dia.

La circulacion de nuestra revista ha aumentado considerablemente. Pero á fin de hacerla conocer más todavia en el exterior, abrigamos el propósito de publicar de tiempo en tiempo, un número en francés, conteniendo los mejores trabajos aparecidos hasta entonces, y destinado á la difusion en el mundo científico europeo.

El cólera.—INFORME DEL DR. SUSINI.—Como la mejor informacion que podamos dar de la epidemia colérica que se

inició en nuestro territorio, trascribimos las conclusiones á que arriba el doctor Susini en el interesante estudio que ha elevado al Departamento Nacional de Higiene.

Son las siguientes:

1ª. Se ha desarrollado una enfermedad que ataca el aparato gastro-intestinal, con fenómenos semejantes á los del cólera.

Su carácter es infecto-contagioso y ha constituido focos en el Rosario, Santa-Fé y Colastiné.

2ª. En otras localidades, además de las mencionadas, se han producido casos y aun focos secundarios (San Nicolás).

3ª. Los caracteres clínicos y las lesiones anatómicas comprobadas imponen el diagnóstico de coléra asiático. Lo confirma su desarrollo epidémico (140 casos muertos), su contagiosidad, diseminacion y la produccion de focos primitivos y secundarios.

4ª. El exámen bacteriológico ha demostrado desde los primeros casos la presencia constante de los espirilos de Koch, encontrándose en algunos en estado de cultura casi pura. (Véanse los fotogramas).

5ª. En todos se han encontrado los espirilos; en los casos estudiados en Santa-Fé, Colastiné, San Nicolás, Buenos Aires, el espirilo ha sido diagnosticado:

a) Por su forma, dimensiones y cantidad;

b) Por los caracteres de su cultivo, especialmente en placas de gelatina;

c) Por su reaccion química, reaccion del nidol, rojo del cólera;

d) Por la experimentacion en los animales.

6ª. Los nuevos métodos recomendados por Koch han permitido hacer el diagnóstico unas veces inmediatamente de recibidas las deyecciones y en otras á las 24 horas.

7ª. La inoculacion intraperitoneal de deyecciones en que se encontraban los espirilos, ha producido las mismas alteraciones que la efectuada con cultura pura; el exudado contenia estos bacterios.

8ª. Los caracteres morfológicos y biológicos de estos espirilos son exactamente los mismos que los observados en el cólera del 86 á 87.

9ª. La mortalidad ha sido muy elevada (60 %) quizá mas aparente que real por la falta de denuncias de los casos ligeros.

10. La enfermedad se ha presentado como en el cólera del 87, casi exclusivamente en la gente menesterosa, alcoholitas, etc.

11. Las medidas profilácticas, aislamiento de los enfermos, observacion de los sospechosos, desinfeccion de los objetos y locales contaminados, han impedido el mayor desarrollo de la enfermedad.

12. Debe esperarse que la prolija investigacion que actualmente se practica, determinará el origen de la enfermedad.

13. No se ha notado ninguna influencia meteorológica predominante; ha aparecido en una época en que las lluvias han elevado el nivel de la capa de agua subterránea. La temperatura ha sido moderada. Ha atacado especialmente á los residentes en el país desde tiempo atrás.

14. La enfermedad aun no está extinguida y puede adquirir mayor intensidad si se infectara el agua potable, lo que podria suceder si se multiplicaran los focos cesando el tratamiento sanitario.

15. Las medidas profilácticas tomadas en el extranjero contra las procedencias de Buenos Aires, no son justificadas, y mucho menos contra el tasajo.

—

En la ciudad de Buenos Aires ha habido solamente casos aislados en el puerto; ahora bien, estos casos continúan produciéndose y nos impiden todavía declararnos libres del flajelo.

Nuevo pabellon en el Hospital San Roque. - Terminadas las dos salas que se construian últimamente, el servicio de niños de este hospital, ha sido trasladado á la nueva construccion, ordenada siendo el Dr. Coni director de la Asistencia Pública y recien terminada.

Las nuevas salas llenan todas las condiciones higiénicas deseables que tanto se echaban de menos cuando los niños ocupaban su antiguo local, que no podia ser más inadecuado.

Falta aún dotar á la nueva instalacion de muchos muebles y útiles y sobre todo, de instrumentos y aparatos que le son indispensables.

Sociedad Médica Argentina.—Esta asociacion ha entrado en receso hasta el primer viérnes de Marzo.

procedimientos de observacion y análisis de Pierre Janet, Mattieu y Ehrhardt, llega á estas conclusiones:

1º. La poliuria histérica es durable y más frecuente que lo que se creia: antiguas observaciones de poliuria alcohólica, emotiva, traumática, etc., deben colocarse bajo este título. No comprende sin embargo todos los casos de poliuria sine materia: la poliuria hereditaria de los degenerados forma, por lo menos, una catégoria distinta é irreductible.

2º. La poliuria histérica es la consecuencia de una idea fija de órden urinario. Esta idea fija tiene su orígen en los accidentes de la vida del sujeto (excesos alcohólicos, incontinencia nocturna, etc.) Inhibe probablemente los centros vaso-motores del riñon y, por vaso-dilatacion renal, origina la poliuria. (*Arch. de Neurologie*, XII, 94, núm. 24, «Contribucion à l'étude du rôle des idées fixes», etc., por Souques).

El salofeno antirreumatismal

Es el acetylpara-amido salol, láminas blancas solubles en alcohol y éter, poco solubles en agua; inodoro, insipido; poco tóxico, se requiere 7 gramos por kilogramo para producir fenómenos graves; resiste al jugo gástrico; en el intestino, bajo la influencia del jugo pancreático y de los jugos intestinales, se descompone en ácido salicílico y acetyparaamido fenol; se elimina por los riñones principalmente y tal vez por la piel (Heitschmann y Mauthner); se tolera mejor que el ácido salicílico: un enfermo de Heitschman ha tomado 328 gramos en tres meses (3,60 pro die) sin accidentes; se han observado cefalalgias y vértigos con dósis, innecesarias, de 7 á 8 gramos; es analgésico y antirreumatismal tan poderoso como el salicilato de sodio (Guttmann, Prohlich, Gerhardt, etc.); se administra 0.50 ó 1 gramo, dos ó tres veces por dia, con dos horas de intervalo, en sellos, píldoras ó simplemente en agua. (*Journal de Scs. Médicales de Lille*, XII, 22, 94, núm. 51. «Le salophène antirhumatismal», par le Dr. Lavrand).

Ioduro de rubidio

Schöler y Neisser (el profesor) preconizan este ioduro en la ateromasia: segun Neisser, altera menos el corazon y es mejor tolerado que el ioduro de potasio; se emplea á mismas dósis que éste; he aquí la fórmula idéntica tambien:

Ioduro rubidio..... 5 gramos
Agua destilada..... 200 »

(Una cucharada de sopa, en leche, tres veces por dia.)
(*Revista clín.*, XII, 16, 94 de Arztl. Rundsch., 1894, núm. 23).

A. L. L.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**
Del Laboratorio Demarchi, Parodi y Cia.

Tratamiento dietético de las enfermedades crónicas del corazon

Conferencia leída en la sesion de medicina interna del Congreso de médicos y naturalistas en Viena, por Glax

Los estudios hechos por Glax sobre la proporcion de la orina y sus cantidades, respecto de las cantidades de líquido tomado por los enfermos del corazon, lo inducen á comunicar sus experiencias fundadas en algunos cientos de historias clínicas, correspondientes á cuatro ó cinco años de observacion.

Sus conclusiones son las siguientes:

I. La limitacion de los líquidos es una de las medidas mas importantes en el tratamiento de las enfermedades crónicas cardíacas, bastando con frecuencia por sí sola para producir una compensacion.

II. En muchos casos de ineficacia por parte de los medios cardíacos usuales, se restablece la accion de los mismos, tan luego como se regulariza correspondientemente la ingestion y eliminacion de los líquidos.

III. El hecho de no haber encontrado el método del autor y el recomendado por Oertel una aceptacion general, puede solo explicarse por no haberse seguido suficientemente el procedimiento, razon por la cual recomienda Glax de nuevo el exámen de su método, con medidas precisas de los líquidos tomados y eliminados.

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, núm. 43.)

Caseina como medio alimenticio

Por el Profesor E. Solkowski

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, núm. 37, 1894)

Las experiencias hechas por Salkowski en el perro, han demostrado que la caseina se absorbe en el canal intestinal de una manera cuasi completa, poseyendo el valor completo de los alimentos albuminoideos. En el estado puro es completamente insaboro, y no se hace absolutamente rancia cuando se le ha despojado bien de la grasa.

En la forma de polvo, tal como se le prepara, no seria apropiado para la alimentacion del hombre. Pero seria utilísima para la preparacion de cakes. La solucion de caseina, se asemeja exteriormente de una manera completa á la leche y se encuentra en la misma en estado de suspension, dilatada, ó en estado de solucion.

Esta condicion de la caseina y no la division sola de la grasa, produce tambien el color blanco característico de la leche. La caseina es perfectamente comestible con algunos agregados.

El autor cree de poco peso la gran ventaja atribuida á las peptonas y albumosas, por el hecho de evitar la actividad digestiva del estómago é intestino, despues de haber demostrado Cohn la reabsorcion de los alimentos, aún eliminada la actividad estomacal.

Empleo de la levadura de cerveza contra la forunculosis y diabetes

Por el Dr. Debouzi de Wignchies

(*Journal de Medecine et de Chir. Pratique*)

El autor ha visto emplear con frecuencia la levadura contra la forunculosis repetida y el antrax.

Aplicándola él mismo, lo que mas le ha llamado la atencion ha sido la curacion de un antrax del tamaño de una pequeña manzana, recubierto de una piel delgada, violeta, perforado y dispuesta á gangrenarse, la que reaccionando á la vida, se cubrió de numerosas gazaperas, llenas de pus de la dimension de un sueldo, curando por reabsorcion del pus; todos los pequeños agujeros vecinos palidecieron y curaron al cabo de muy pocos dias; el dolor y la fiebre desaparecieron desde los primeros dias.

En otro caso, un abceso subcutáneo de quince dias consecutivos á un antrax, sin mejoria, se reabsorbió rápidamente.

La levadura de cerveza produce en el estómago una fermentacion alcohólica, ocasiona eructos de ácido carbónico, numerosos, no desagradables, pero molestos á la larga.

La dósis de levadura es de dos ó tres cucharadas de sopa, diluidas en un vaso de cerveza durante la comida. El solo inconveniente, pero raro, es la diarrea. El tratamiento debe durar quince dias en la forunculosis repetida.

Por otra parte, la frecuencia del antrax en la diabetes y la accion de la levadura sobre el azúcar y las materias amiláceas, indujeron al autor á emplearla contra la diabetes en cinco ó seis casos. Tratábase en uno de una mujer que orinaba 250 gr. de glucosa por dia, desde tres meses atrás, y á pesar de todos los tratamientos, con excepcion del bromuro de potasio que habia hecho cesar al menos durante quince dias la glucosuria. Inmediatamente despues del uso de la levadura, la azúcar bajó á 5 y 10 gramos y se mantenía en estos límites desde tres meses.

No pretende insistir el autor sobre el efecto de la levadura

contra la diabetes, pero sí respecto de la forunculosis bien observada por él.

Fundado en las analogias, del sacaromyces cerevisiœ, con otros fermentos y los microbios patógenos, se pregunta el autor, si no es dado suponer que pueda producirse la secresion de una vacuna contra el bacillus del antrax.

La levadura parece actuar de una manera especifica contra aquel bacillus y no es temeridad creer que pueda ser dirigida contra otras manifestaciones ó localizaciones del mismo microbio.

Papel de los leucocitos en las infecciones diftéricas

Por G. Gabritschewski, «Ann. de l'Institut Pasteur»

Segun los estudios del autor, ejercen los leucocitos en la difteria un carácter peculiar, distinto del que se presenta con el nombre de leucocitosis en otras enfermedades infecciosas. Una leucocitosis permanentemente progresiva es una presuncion mala para un caso de difteria, pudiendo por consiguiente el reconocimiento de la sangre, dar la medida del valor del tratamiento.

Los bacillus de la difteria son destruidos en el organismo mismo por la accion fagocitaria de los leucocitos; en las infecciones superficiales por bacterias especificas, por ejemplo de las mucosas, los bacillus son alejados del organismo enfermo por un medio mecánico, quedando como resto solo un corto número de microbios, que caen bajo la destruccion fagocitaria, despues del desprendimiento de las falsas membranas. El virus diftérico posee la propiedad de atraer la degeneracion necrótica de todas las células del organismo, contrariando así la actividad de los fagocitos. La accion del suero ha de mirarse en una disminucion de la sensibilidad de las células del organismo contra el virus diftérico.

Desinfeccion de la boca en los niños

La *Revue Internationale de Therapeutique* indica un procedimiento empleado por M. Hartmann, el cual prescribe las pas-

tillas siguientes, encontradas muy agradables por los niños y aun por los de muy corta edad.

Azúcar blanca	200,00
Thymol	0,20
Alcohol absoluto	2,00
Esencia de menta piperita	1,00

Agreguése el jugo de un limon.

Para 200 pastillas.

Ó tambien:

Azúcar blanca	100,
Sacarina	0,30 á 0,35
Thymol	0,20
Alcohol absoluto	2,00
Esencia de menta piperita	1,00

La dósis arreglada á la edad de un niño.

(*Journal de Pharmacie et de Chemie.*)

Medio de cultura propio y rápido para aislar y diagnosticar el bacillus del tifus

Por M. B. Lyonnet

(*Congrès français de medecine interne*)

Segun el autor, se toma el caldo ordinario que se decolora por el negro animal, se le agrega 1 % de ácido fénico, 20 % de lactosa y además una pequeña cantidad de rojo del Congo. Gracias al ácido fénico, solo el bacillus del tifus y el colli, pueden desarrollarse en este medio.

Cuando se trata del bacillus del tifus, la lactosa no fermenta, el caldo se enturbia, pero queda rojo. Cuando se trata del bacillus colli, el caldo se enturbia, la lactosa ha fermentado y se ha formado ácido láctico que hace pasar el caldo del rojo al violeta.

De estos resultados se pueden sacar las deducciones siguientes:

Cuando el caldo no se enturbia, no se tratará ni del bacillus del tifus, ni del bacillus colli comuni.

Si el caldo se enturbia, pero queda rojo, existirá probablemente el bacillus del tifus.

Por último, si el caldo se enturbia, pero se hace violeta, se tiene el derecho de suponer que se está en presencia del bacillus colli comuni.

(*L'Union Pharmaceutique*).

CRÓNICA

Todavia el suero antidiftérico.—CARTA DEL DR. MALBRAN.—Este distinguido médico, encargado para estudiar en Europa el nuevo tratamiento de la difteria, se ha creido herido con lo que nosotros hemos sostenido respecto á lo innecesario de esa comision, desde que en nuestro laboratorio podia hacerse la preparacion aludida, y dirige á *La Nacion* una carta que este diario publica ayer. Queremos concluir con polémicas que se han hecho enojosas, á pesar de que nuestro intento no ha sido herir á nadie, y menos á distinguidos amigos nuestros como el Dr. Malbran.

Pero insistiremos en que no se ha producido argumento alguno en contra de nuestras observaciones. El Dr. Malbran se limita á hacer notar que muchas notabilidades europeas han ido al laboratorio de Roux con idéntico objeto que él. Así debe ser realmente, pero esto no destruye en manera alguna lo que hemos sostenido: *que tenemos laboratorios dotados de todos los elementos necesarios, que los procedimientos de Behring, Aronson y Roux han sido publicados in extenso por las revistas europeas y nuestros bacteriologistas están en la obligacion de conocerlos perfectamente, y los conocen.*

Por consiguiente, lo repetimos una vez más, *no habia necesidad alguna de mandar á Europa quien estudiara la preparacion de la antitoxina.*

Y dicho esto, manifestaremos nuestro íntimo pesar por que se haya torcido nuestras intenciones, desviando á cuestion personal lo que era puramente cuestion cientifica.

El cólera.—Si bien la terrible enfermedad no se ha extendido de un modo notable en nuestro territorio, ella no ha desaparecido tampoco; antes al contrario parece notarse en estos últimos dias una tendencia á recrudecer en algunos puntos de la Provincia de Santa Fé (Rosario y colonias).

En la Capital, las cosas continúan en idéntico estado: dos ó tres casos se producen diariamente y parece que no hay que temer una extension mayor de la epidemia.

Necrologia.—Se ha dado sepultura en estos dias al cadáver del Dr. Santiago Larrosa, distinguido médico que vivia desde largos años en Paris, conservando el título de académico honorario de nuestra Facultad de Medicina. Alejado desde mucho tiempo del ejercicio de la medicina y del estudio que cultivara con gran éxito en su juventud, continuó siendo profundamente apreciado por sus bellas prendas morales.

—Ha fallecido en esta capital el Dr. Enrique Ghiraldo.

—En Tucuman, su residencia durante varias decenas de años, ha muerto el Dr. Victor Bruland, francés de nacimiento, y uno de los primeros y más distinguidos médicos que se establecieron en las provincias del Norte.

Era en sus buenos tiempos hombre ilustrado y emprendedor y hasta sus últimos dias, á pesar de sus 86 años de edad, conservaba ardor y entusiasmo juveniles.

Facultad de Medicina. - MATRÍCULAS. Desde el 1º de Febrero comenzarán á expedirse por Secretaria las matrículas para el año escolar que se inicia en Marzo próximo.

Edificio del Círculo Médico. -En el próximo mes de Febrero quedará enteramente terminado y listo para ser ocupado el edificio social que se construye en la calle Corrientes 2040.

Una vez que la Sociedad esté instalada en el nuevo local, con todas las comodidades necesarias y cerca de la Facultad de Medicina, los estudiantes tendrán mayor facilidad aún que ahora para consultar las obras y revistas de la Biblioteca, que aumentan diariamente por compra y donacion. La coleccion de revistas que recibe la Sociedad es realmente completísima y hace verdadero honor á la Biblioteca; y, sin embargo, doloroso es decirlo, son muy pocos los socios que acuden en busca de tan expléndido material de estudio, que es imposible proporcionarse particularmente.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 3

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO 15 DE 1895

LA VISION EN LOS PESCADOS

Por el Dr. **Otto Wernicke,**

Ex-Interno del Hospital de Clínicas, corresponsal del Círculo Médico en Viena

El estudio de la vision de los pescados ha sido descuidado durante mucho tiempo; la mayor parte de los autores se ha limitado á emitir hipótesis mas ó menos fundadas, descuidando por completo el estudio experimental y basándose únicamente en el estudio anatómico. De aquí ha resultado una cantidad de ideas erróneas.

El exámen de la vision requiere conocimientos especiales que no son, por regla general, del dominio de los naturalistas. Es por esto que F. Beer, hábil oculista, se ha dedicado á estudiar, durante un año, en la estacion marítima de Nápoles, de nuevo esta cuestion, aplicándole todos los medios de investigacion de que dispone la oftalmologia moderna y haciendo las observaciones en pescados vivos (generalmente teleosteos). La keratoscopia se mostró particularmente útil. El trabajo de Beer se refiere sobre todo á la acomodacion de los pescados.

Antes de enumerar los resultados á que ha llegado Beer, daré una corta reseña de nuestros conocimientos sobre la vision de los pescados.

Cuvier dice: « Dada la estructura general del ojo de los « pescados, la esfericidad casi completa de su cristalino, la « inmovilidad de su pupila, su dificultad para cambiar la longi- « tud de su eje, no se puede dudar de que su vision es muy « imperfecta. Las imágenes se forman muy confusamente « sobre la retina y es en consecuencia poco probable que « puedan tener percepciones bien distintas de las formas de los objetos. » Otros autores se basan, para negarles á los pescados una vision clara y distinta, en la poca transparencia

del medio en que viven los pescados, Así dice Fol: « Es claro « que los animales marinos,—me refiero á los que viven en « las capas superiores y alumbradas del mar,—se mueven como « dentro de una neblina. No pueden evitar las sorpresas y una « vista de mucho alcance seria inútil para ellos; así vemos que « todos ellos, aun los mas ágiles, disparan unos cuantos « metros cuando uno los asusta y se detienen despues como « si ya hubieran salido del círculo de vision del enemigo. Los « útiles de pescar serian ineficaces para capturar animales « capaces de ver á cierta distancia. »

A las palabras de Cuvier se puede contestar, que la observacion de los pescados en los grandes acuarios demuestra todos los dias que su vision no puede ser tan defectuosa. Es indudable que el olfato desempeña un rol muy importante en la orientacion, pero no tanto como pretenden algunos autores, y lo que lo demuestra es la observacion de los pescados que se dejan prender con un cebo artificial, lo que prueba que la vision interviene como factor mas importante que el olfato. Además, hay un pescado (Foxotes iaculator) que segun Brehur, caza pequeños insectos que reposan sobre las hojas de las plantas poco sobresalientes sobre el nivel del agua, proyectando sobre ellos un chorrito de agua que los arrastra. Como raras veces yerra sus tiros, debe poseer una vista bastante correcta.

La oscuridad del agua no es tampoco tan intensa como podria suponerse á primera vista. Sarrasin ha demostrado que placas fotográficas sensibles, expuestas á 400 metros de profundidad, revelan todavia, pero mas allá no; es permitido suponer que la retina, aun la de los animales inferiores, es mas sensible á la luz que una placa de fotografía. Segun Regnard, debe haber en las profundidades del mar una semiluz análoga á la que existe en nuestra atmósfera en una noche sin luna; en estas condiciones, el fondo del mar de aire en que vivimos está alumbrado solamente por el brillo de las estrellas. Esta pequeña cantidad de luz nos basta á nosotros para movernos y basta tambien á los animales rapaces nocturnos para perseguir á sus víctimas. Se sabe tambien que los pescados que viven en la oscuridad absoluta (en algunos lagos subterráneos) son completamente ciegos: sus ojos, por falta de funcionamiento, se han atrofiado. Los pescados del mar, aun los que viven en las mayores profundidades, tienen el órgano de la vision intacto; deben, pues, existir las condicio-

nes físicas necesarias para el funcionamiento de la vision aun en las grandes profundidades.

La facilidad con que entran los pescados á las redes, etc., no demuestra mucho tampoco. En primer lugar, nunca sabemos cuantos se han escapado y además muchos de los cojidos muestran traumatismos ó enfermedades de los ojos, como se ha podido comprobar en la estacion marítima de Nápoles.

El estado de refraccion estática del ojo de pescado debe ser necesariamente el miópico, debido al cristalino casi esférico cuya influencia no puede ser anulada por la poca distancia á que se encuentra la retina del cristalino. Plateau ha sido el primero en medir experimentalmente la refraccion de los ojos de pescado. Segun sus cálculos, la mayor parte de los pescados tendria una miopia de 16-27 D en el agua y unas cuantas D mas en el aire. Esta poca diferencia se explica, teniendo en cuenta que Plateau supone las córnea de los pescados plana, mientras que en realidad es un segmento de esfera y á menudo de radio bastante pequeño. De aquí resulta que la diferencia entre el estado de refraccion en el aire y el estado medido en el agua es mucho mayor de lo que supone Plateau. El agua tiene mas ó menos el mismo poder refringente que la córnea; ésta no influye pues casi nada sobre la marcha de los rayos en el agua, mientras que en el aire obra como una lente convexa bastante fuerte.

Los métodos empleados por Plateau eran bastante primitivos. Hirschberg ha procedido mas exactamente. Segun sus observaciones, poco numerosas, los pescados son fuertemente miopes en el aire (13-40 D) y ligeramente miopes en el agua.

Beer ha vuelto de nuevo á estas cuestiones. Ha examinado con el oftalmoscopio, con la keratoscopia y con el oftalmómetro de Helmholtz, gran número de pescados. Las dificultades del exámen, como se comprende, han sido muy grandes, sobre todo para el exámen á la imágen recta. Fueron necesarias disposiciones especiales (recipientes especiales) curarizacion, respiracion artificial, etc., en cuya descripcion no me detendré.

Examinando la refraccion en el agua de unos 20 especies de teleosteos, encontró miopia no muy intensa (3-12 D). La exactitud del diagnóstico de refraccion varia segun las especies. Como la distancia focal posterior es muy corta, los errores son mayores que en el diagnóstico de refraccion del ojo humano; á esto se añade todavia la imposibilidad de medir la refraccion

hasta la capa sensitiva de la retina, que es relativamente espesa en los pescados. Sin embargo, en algunas especies (sobre todo Scorpaena) es posible ver con el oftalmoscopio pequeños puntos oscuros que no son otra cosa que los conos sensitivos; en estos casos el diagnóstico puede hacerse con suma exactitud

Observando en el aire, Beer encontró en todos los pescados (teleosteos) examinados, miopia muy elevada (generalmente 40-90 D, en un caso hasta 256, D. Estas medidas no pueden ser sino aproximativas; 10 D mas ó menos no son de importancia cuando se trata de cifras tan elevadas.) Muy á menudo se observa tambien un astigmatismo irregular elevado. Este astigmatismo no se nota generalmente cuando se hace el exámen debajo del agua; allí la córnea pierde casi toda su influencia sobre la marcha de los rayos.

Para demostrar la influencia que ejerce el medio ambiente sobre la refraccion, diremos que un hombre emétrope, sumergido en el agua, seria hipermétrope de mas ó menos 25 D; la acomodacion no basta para anular esta hipermetropia. Sin embargo, un hombre que zambulle ve todavia lo suficiente para orientarse. En cambio, el pescado sacado del agua es miope y su miopia puede alcanzar las cifras enormes que hemos visto mas arriba.

Es muy interesante una observacion hecha por Klinckowström en un pescado del mar de las Antillas (Anableps tetrophthalmus). La cornea de este pescado está dividida por una línea horizontal pigmentada en dos semicírculos; del mismo modo existen dos orificios pupilares separados en cada ojo. Este pescado nada en la superficie del agua con una parte de la cabeza y del dorso al aire. La línea pigmentada de la córnea corresponde exactamente á la línea de flotacion, de modo que la córnea superior recibe los rayos provenientes del aire, la otra los que vienen del agua. La parte superior de la retina ve los objetos contenidos en el agua, la inferior los del aire.

Ese animal tiene pues en cada lado dos ojos reunidos, uno para la vision aerea y otro para la acuática.

La acomodacion de los pescados ofrece un interés particular. Sabemos que en el ojo humano, la acomodacion se efectúa por un cambio de curvadura en las caras del cristalino. Para ver objetos mas cercanos que nuestro punto remoto, el músculo ciliar relaja la zonda de Zinn y permite al cristalino tomar

una forma que se acerca mas de la esférica. Así, pues, necesitamos hacer un esfuerzo para ver objetos cercanos.

En los pescados sucede todo lo contrario. Cuando está relajada la acomodacion, el ojo del pescado da imágenes claras de los objetos situados á poca distancia (33,8 cm.) y recien cuando quiere ver á gran distancia necesita hacer un esfuerzo muscular; pero para que se forme la imágen sobre la retina no se efectúa un cambio de forma del cristalino, sino simplemente un cambio de posicion: el cristalino es arrastrado hácia atrás por el músculo de la acomodacion, conocido generalmente por el nombre de *campánula* de Haller. La naturaleza muscular de este órgano fué ya afirmada por Leydig, pero recien los últimos trabajos de Beer, han demostrado experimentalmente la contractilidad de la campánula y el mecanismo algo complicado por medio del cual acerca el cristalino á la retina.

Hasta ahora se habia atribuido generalmente la acomodacion de los pescados á la llamada glándula coroideal, especie de tejido cavernoso que existe en la corioidea. Segun Cuvier, esta glándula debia producir la acomodacion aumentando ó disminuyendo de volúmen y efectuando así la puesta en el foco exacto de la imágen.

Brasss sostenia que en los pescados la acomodacion se hacia por un músculo situado en la corioidea, que contrayéndose llevaria hácia adelante la retina.

Es claro que no le fué posible á Beer determinar exactamente la amplitud de la acomodacion, para lo cual se necesitaria la cooperacion del animal. Sin embargo valiéndose de excitaciones eléctricas, ha podido observar movimientos de acomodacion equivalentes á 10-15 D en el aire y 4-10 en el agua.

Este mecanismo particular de la acomodacion hace imposible la presbiopia en los pescados: como el músculo ciliar no obra sobre la curvadura de la lente, tiene que vencer la misma resistencia cuando se trata de acercar á la retina el cristalino blando de un animal jóven ó el esclerosado de un animal viejo.

La acomodacion de los pescados es pues negativa, puesto que el acercamiento de la lente á la retina produce el mismo efecto que la anteposicion de vidrios cóncavos delante del ojo. El punto próximo corresponde al relajamiento completo de la acomodacion y el punto remoto al mayor esfuerzo del músculo. No está dilucidada todavia la cuestion de saber si los pescados

poseen además una acomodacion positiva análoga á la de los mamíferos y pájaros, la que les permitiria ver todavia mas cerca del punto próximo que les corresponde segun su refraccion estática. Hasta hoy dia, no hay argumentos de valor ni en pro ni en contra de esta suposicion.

La acomodacion no se efectúa con la misma rapidez en todos los pescados. La observacion demuestra que se hace con mayor rapidez en los pescados ágiles y de movimientos rápidos; con mas lentitud en los pescados de pocos movimientos.

La pupila de los pescados es generalmente muy dilatada, tan dilatada que en muchas especies permite ver claramente el borde del cristalino. Su reaccion es mas lenta que la de los mamíferos y pájaros. Parece que su mayor diámetro corresponde á la necesidad de dejar penetrar mayor cantidad de luz al interior del ojo.

Reasumiendo, tenemos pues que admitir que los pescados (por lo menos los teleosteos) poseen una vision bastante clara; que su estado normal de refraccion es el miopico; que su acomodacion se hace por un mecanismo distinto del de los demás vertebrados. La atropina, que paraliza la acomodacion de los otros vertebrados, paraliza tambien la de los pescados. Sobre la influencia de la eserina no se puede emitir todavia una opinion definitiva; las pocas experiencias hechas por Beer hacen creer que es completamente sin influencia sobre pupila y acomodacion de los pescados.

El estado miópico y el mecanismo particular de acomodacion parecen requeridos por el medio en que viven los pescados, medio que no les permite una vision tan lejana como á los demás vertebrados.

Si fueran emétropes ó hipermétropes, el músculo acomodativo, en funcion continuamente, llegaria bien pronto á cansarse como se cansa en nosotros cuando trabajamos cierto tiempo poniendo en juego nuestra acomodacion.

HIGIENE PÚBLICA Y POLICIA SANITARIA

PROFILAXIA DE LA TUBERCULOSIS EN LOS TAMBOS DE BUENOS AIRES

Por el Dr. **Ricardo Schatz**, de la Inspeccion técnica de higiene

Sr. Director General:

El informe anterior que presentan dos señores veterinarios de esta Inspeccion, instruye de la existencia de un caso sério que importa, para el desempeño regular de las funciones de esta oficina, un obstáculo grave que puede ofrecer dificultades insuperables.

Se trata de una vaca sospechada de tuberculosis por el inspector de tambos, considerada sana, segun referencias del propietario, por otro veterinario civil que la examinó á su requisicion, y diagnosticada enferma de otra afeccion distinta de aquella por otros dos veterinarios que esta oficina nombró en comision para resolver el conflicto de opiniones.

Y este conflicto ha crecido con el informe producido. Su orígen emana de las dificultades que presenta el diagnóstico de la tuberculosis bovina en los animales jóvenes y, sobre todo, al comienzo del proceso.

Todos los tratadista enuncian el punto. En el último congreso de higiene habido en Buda-Pesth, el mismo *Nocard* repetia los inconvenientes con que veterinarios experimentados chocaban todos los dias para afirmar, al respecto, un diagnóstico claro y preciso. Citaba en su apoyo el caso del buey enorme de la Marmanle, premiado en concurso y vendido por 800 francos, que fué decomisado en el matadero por tuberculosis generalizada!

Estas dificultades crecen aquí, entre nosotros, por las pocas facilidades que nuestros tambos ofrecen para una observacion metódica y una investigacion prolija. Los animales se encuentran aglomerados y los veterinarios se quejan, como puede verse en el informe que procede, de que no consiguen el silencio necesario ni la tranquilidad suficiente para garantir siquiera una regular auscultacion.

Y este problema de la tuberculosis en las vacas de establo que existen en Buenos Aires, es sério y de proyecciones de importancia.

La tuberculosis existe bastante esparcida entre nosotros; ha bastado un comienzo de revisacion de la salud de los animales para sorprender no pocos casos sospechosos.

Indudablemente que, para ventaja nuestra, no podremos nunca presentar las crecidas proporciones que se cita para *Saxe* (17% en 1892), *Berlin* (13% en 1891), *Copenhague* (16%), cifras que dan las estadísticas de los mataderos, ni mucho menos la de 25 á 30% en que Nocard estima la proporcion de tuberculosis en los ganados de la *Beauce* y de la *Brie*; pero no es por eso menos cierto, que la enfermedad avanza en nuestros ganados á medida que progresa el refinamiento de la raza y que hoy está bastante extendida en nuestra campaña.

La estadística del Matadero de Corrales arroja un promedio de 0.5 á 0.8% en el total de bovídeos sacrificados; cifra que considerada así en absoluto es sumamente mínima, pero que analizada y estudiada puede aparecer no tan limitada, pues es preciso tener bien presente que el 75% de los animales que se mata entre nosotros es de raza criolla ó muy poco mestizada, y en esta clase es muy raro encontrar un animal con lesiones de tuberculosis.

Hasta hace pocos años, en que los animales mestizos eran sumamente raros en las tropas destinadas al abasto de la poblacion, las inutilizaciones por tuberculosis eran la excepcion. Hoy que las circunstancias han cambiado tendiendo á refinar la sangre de los animales de mantanza, esa excepcion ha dejado de serlo.

Y lo mismo sucede en nuestros tambos. Antes, cuando todas las vacas lecheras eran de cria del pais, muy difícilmente se encontraba animales que aparecieran sospechosos al exámen facultativo. Hoy es raro encontrar, suministrando leche en los establos, vacas de esa raza, pues el comercio, comprendiendo que la mejora de la sangre aporta abundancia en el artículo de venta, se preocupa de no utilizar sino vacas de raza mejorada; conjuntamente se han multiplicado los animales presumibles de enfermedad.

No es mi ánimo discutir la razon del hecho, ni investigar el orígen de la trasmision, ni consignar tampoco cómo y cuándo la leche de las vacas tuberculosas puede contagiar á los que

hagan uso de ella; menciono simplemente lo que sucede, para llegar á esta conclusion: que la autoridad municipal, dándose cuenta de la existencia de un factor que puede ser positivamente perjudicial para la salud de los habitantes de la comuna, está en la obligacion de tomar todas las medidas profilácticas sindicadas de eficaces para garantir á la poblacion contra esos efectos nocivos.

Y la verdad es que, en el estado actual de nuestras disposiciones y ordenanzas reglamentarias, no contamos absolutamente con medidas autorizadas que oponer á esa propagacion.

Ellas deben tener dos objetivos principales:

1º *Favorecer el diagnóstico de la enfermedad y procurar sean descubiertos con facilidad todos los animales afectados.*

2º *Impedir que esos animales sean utilizados con posible detrimento para la salud de los consumidores de la leche que suministran, é imposibilitar que esos animales trasmitan su lesion á otros, admitiendo, como debe admitirse hoy, que el contagio es el principal medio, casi el único, de propagacion del gérmen tuberculoso.*

Y sobre estos dos puntos nuestras ordenanzas no dicen *absolutamente* nada.

Para el primero, la facilidad del diagnóstico, la ciencia moderna posee un medio reputado casi infalible y de muy simple aplicacion. Ya anteriormente al congreso de higienistas de Buda-Pesth, el ilustre veterinario de Alfort antes citado, venia ponderando en sus escritos, en su práctica, en la cátedra, las ventajas que ofrece la *tuberculina de Koch* para el diagnóstico de la tuberculosis.

En ese mismo congreso, la seccion de higiene alimenticia y veterinaria leyó un notable trabajo sobre el mismo punto, sosteniendo con hechos y con números que la tuberculina es « un medio de precision maravillosa que permite hacer el diagnóstico de la tuberculosis de los bovídeos aun cuando la enfermedad no se haya traducido sino por lesiones recientes y limitadas ».

Tan precioso resulta este medio, que el mismo *Nocard* agrega: « Debo hacer notar que la inyeccion de tuberculina no presenta absolutamente ningun peligro; si se trata de vacas

lecheras, ella no disminuye la cantidad de leche producida; no trae ningun trastorno á la evolucion de la gestacion, aún en las vacas próximas á parir.

Y este poder diagnóstico de la tuberculina así preconizado fué corroborado en ese mismo congreso por las palabras de *Bang* (de Copenhague), que presentó sus estadísticas de 263 diagnósticos, confirmados por la autopsia, en los casos sospechosos en que usó de la inyeccion.

Fröhner (de Berlin), más escéptico, afirma, sin embargo, que solo en un 15 % el método falla, induciendo á error.

Este entusiasmo de Nocard ha encontrado su aplicacion práctica en el proyecto de ley presentado á fines del año pasado á la Cámara de Diputados de Francia, por Paul Hayez, haciendo obligatorio el empleo de la tuberculosis en todos los establos donde hubiera vacas sospechosas.

A este mismo resultado, es donde debemos llegar.—*La Municipalidad debe, con el objeto de garantir la ausencia de animales enfermos de los tambos, poder someterlos á la prueba de la tuberculina sin que los propietarios de esos animales tengan derecho alguno de oponerse.*

Es en este sentido que me permito pedir al señor Director, obtenga de quien corresponda una disposicion explícita que así lo establezca y que faculte á esta Inspeccion, en todos los casos que repute necesarios, á inyectar dentro ó fuera del establecimiento particular, donde más convenga, la solucion que ha de dar el diagnóstico preciso. Esto es lo fundamental; lo demás seria cuestion de disposiciones accesorias en la reglamentacion.

Debe agregar que esta prueba de la tuberculina ha sido ya efectuada por esta Inspeccion por via de ensayo y con resultados positivos, en animales que un tambero de buena voluntad habia cedido con ese objeto. Pero fué ese el único caso; en todos los demás, á la requisicion de que permitieran inyectar los animales sospechosos, todos los propietarios contestaron oponiéndose rotundamente. Hacer desaparecer por entero esas dificultades, es lo que se propone la disposicion que indico.

———

Viene ahora otra cuestion. ¿Qué se hace de los animales que han repondido á la inyeccion, reaccionando al termóme-

tro y presentando el conjunto clínico de síntomas confirmativos?

Ya el mismo Nocard en su alocucion en el Congreso citado, indicaba el procedimiento. « Es necesario comenzar, dice, por separar inmediatamente los animales sanos de los enfermos y desinfectar prolijamente el establo. No es urgente sacrificar los animales inmediatamente; se podria aún hacerlos trabajar ó utilizar su leche despues de cocida. Se podria, sobre todo, prepararlos para el abasto, de modo á sacar de ellos el mejor partido posible; la enfermedad reconocida á tiempo, al menos en la mayor parte de los animales, puede proporcionárseles fácilmente un engorde artificial, con lo que se evitarian las pérdidas ocasionadas por el sacrificio prematuro, pues las lesiones específicas, reconocidas así en su comienzo, no invalidarian, aun ante el criterio más exigente, la totalidad de la res. »

Esta misma cuestion del destino ulterior del animal enfermo, se encuentra tambien resuelta en el proyecto del diputado *Hayez*, al establecer en el artículo 2º, que los animales reconocidos enfermos por la inyeccion de tuberculina, serán sacrificados, teniendo derecho el propietario á una indemnizacion abonada por el Estado, igual á la mitad del valor del animal antes de la enfermedad, sin que nunca la suma de esta indemnizacion pueda ser superior á 400 francos.

Es esta una solucion muy conveniente que bien podria servir de pauta á la que debe establecerse entre nosotros.

Es verdad que ella importaria una modificacion sustancial en la manera como ahora procedemos, que tal vez chocaría con nuestras tendencias conservadoras en materia de administracion, ya que lo que ella vale es una reforma fundamental á establecer, careciendo como carecemos de una ley de policia sanitaria con su complemento indispensable: la sancion de los vicios redhibitorios.

Una ley sobre este asunto, análoga á la ley francesa de 1838, se impone de todo punto entre nosotros. Es necesario que nos convenzamos una vez por todas, de que es imposible ejercer una verdadera policia sanitaria de los animales, sin establecer préviamente el derecho de la indemnizacion por las inutilizaciones ó secuestros que sea preciso hacer, y esta policia enérgica y completa de los animales que concurren á nuestra alimentacion, es exigida cada dia con más insistencia por nuestro progreso siempre creciente.

Esta ley debe ser general, debe imperar en todo el territorio y extenderse no ya á los mercados simplemente sinó tambien, y más principalmente, á las cabañas y estancias donde la policia debe hacerse más enérgica para garantir á la República un ganado inmune. Debe comenzar por ejercitarse en los animales de importacion para evitar la propagacion y el contagio.

A muchos consta, y sus mismos propietarios no lo ignoran, que existen en la Provincia de Buenos Aires establecimientos renombradísimos en que no poca parte de la hacienda está enferma, y que de allí se provee muchas veces á nuestros tambos.

Pero una ley así entendida solo puede ser dictada por el poder central; no incumbe ya á las municipalidades y comunas. Y nosotros no debemos olvidar que solo nos corresponde establecer procedimientos y disposiciones para esta ciudad.

Veamos qué nos indican las disposiciones municipales que actualmente nos rigen respecto de los animales enfermos en los tambos, y si es posible proceder siguiendo los trámites que ellas señalan.

Cuando se encuentre un animal enfermo en un tambo, dice el art. 22 de la Ordenanza de 24 de Septiembre de 1883 (la última de 16 de Junio de 1894 no estatuye absolutamente nada al respecto), él deberá ser inmediatamente retirado del establecimiento. A esta prescripcion se ajusta el procedimiento.

Pero sucede en la práctica, que el animal que se ordena sacar de un tambo por enfermo ó sospechoso de tal, es llevado la mayor parte de las veces á otro tambo donde continúa suministrando leche, mientras no vuelva á sorprenderlo el inspector y ordene de nuevo su eliminacion, tal vez para comenzar una peregrinacion idéntica.

Así se hace en la generalidad de los casos, burlando siempre por deficiencia de la ordenanza misma, el benéfico propósito que al dictarla se tuvo en cuenta.

Pero no es esto solo; la tuberculosis es una enfermedad eminentemente contagiosa, que se trasmite con toda facilidad á los animales en contacto con el enfermo, de donde resulta que esa traslacion de los animales de tambo á tambo sirve tambien como orígen de contaminacion de los establos.

No; es necesario modificar sustancialmente la manera de obrar, y á este efecto serviria eficazmente la ley cuya necesidad he dejado indicada.

Pero que ella no existe y su sancion es probable demore indefinidamente, debemos por lo pronto tomar las medidas necesarias para desterrar de nuestros tambos todos los animales enfermos.

Y estas medidas, que ya fueron indicadas por esta Inspeccion al elevar la memoria del servicio practicado durante el año 1893, pueden condensarse en este artículo que debería agregarse á la ordenanza de Junio de 1894, citada:

« No podrá introducirse á los tambos de la capital ninguna vaca que no haya sido préviamente reconocida por el veterinario municipal, quien otorgará un certificado de sanidad.

« Las vacas ya existentes tendrán tambien certificado de sanidad para cada una, que estará á disposicion de quien lo solicite. En este certificado se consignará el pelo, señas, marca, etc., de la vaca examinada.

« Los infractores á esta disposicion serán pasibles de una multa de $ 100 m/n ».

Creemos que estas medidas complementadas por la facultad de utilizar discretamente, para garantir el diagnóstico, las inyecciones de tuberculina, instituirian una profilaxia local segura de la tuberculosis, siempre creciente en nuestros tambos, y que, puestas en práctica, ellas podrán garantir antes de mucho tiempo el consumo de leche libre de ese peligro de contaminacion.

Indudablemente que ellas no podrán nada contra la existencia misma de la enfermedad en nuestros ganados, pues para combatir ésta, solo será eficiente una ley general como la ya bosquejada, que es de desear sea dictada á la mayor brevedad.

Del mal, el menor; garantiremos siquiera nuestra poblacion.

Ahora, respecto del animal motivo de los diagnósticos discrepantes de los tres inspectores de esta oficina, debe, ya que no es posible buscar la verdad procediendo á inyectarle el líquido de Koch, quedar bajo observacion por dos meses

al menos, á fin de poder vigilar de cerca la evolucion del padecimiento.

Durante este tiempo, la leche que de él se extraiga no debe ser utilizada sino prévia coccion.

Saluda á Vd. atte.

RICARDO SCHATZ

Enero 29 de 1895.

Las instalaciones para la preparacion del suero anti-diftérico en las « Hoechster Farbwerken »

Por el Dr. **Arnoldo Eiermann**, en Francfort

Traduccion de la MUENCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, Núm. 51, Diciembre 18 de 1894

por **Roberto S. Kolbe,**

Practicante Mayor del Hospital San Roque
Ex-Interno del Hospital de Clínicas

Ya desde Agosto de 1893, se interesaron las «Hoechster Farbwerke» muchísimo por las investigaciones de Behring, y se ocuparon de la preparacion del suero anti-diftérico en menor escala. Desde las publicaciones decisivas de Kossel, en Mayo del corriente año, esta preparacion de la Antitoxina fué considerablemente aumentada, y con este objeto se construyeron una série de edificios, que hace pocas semanas fueron solemnemente inaugurados en presencia de Roberto Koch, del mismo Behring, profesor Weigert y de otros. Hasta entonces sirvieron instalaciones provisorias para dicho objeto.

Habiendo tenido ocasion, hace pocos dias, de visitar todas las instalaciones bajo la direccion del Consejero de Sanidad Dr. Libbertz, jefe de la Oficina Seroterápica, y del director profesor Dr. Laubenheimer, tengo el propósito de dar una idea de éstas.

Todo el edificio, situado en las inmediaciones de las «Farbwerke», construido con ladrillos rojos, se divide en dos par-

tes principales, una de un piso á la calle, donde se encuentran todos los salones de trabajo y luego los establos y sus anexos con su eje mayor perpendiculares al anterior; las dos partes se reunen por medio de un pasadizo de diez metros de largo.

En toda la instalacion, inclusive los establos hay calefaccion por el vapor é iluminacion con picos de Siemens.

La entrada del aire y de la luz es muy ámplia.

Entramos en el edificio, de frente de 10,50 metros de ancho por 22,50 metros de largo, por una puerta lateral y llegamos al través de un corto corredor al departamento de limpieza. Este está provisto de cañerias de agua caliente y fria, armarios para los envases, etc., y sirve para la limpieza de los últimos antes y despues de su uso. Lindando con este departamento, está el de *Esterilizacion y Ebullicion.*

Entrando por la puerta, oblícuamente dirigida, nos encontramos enfrente de un Esterilizador en seco de dimensiones colosales (próximamente 2 metros de altura por 1 ½ de ancho) que sirve para la esterilizacion de los envases de cristal. A nuestra derecha vemos un aparato de dimensiones semejantes para la esterilizacion por el vapor.

El departamento siguiente es el que mas impresiona al observador, por mas que esté acostumbrado á verlos en grandes proporciones. Es el llamado *departamento de cultivos*, ó mejor dicho, *salon de cultivos.* Pues sus dimensiones de 10 : 5 metros, y sus paredes, menos los espacios ocupados por las numerosas ventanas, están guarnecidas de una série de estufas de cultivo de tamaño comun; en el centro de la sala, otra série en dos hileras, tocándose por sus caras posteriores. Total, 36 estufas.

Aquí se prepara por mayor el veneno necesario para la fabricacion de la Antitoxina, veneno que ahora no deberá ya infundir pánico á la humanidad. Intencionalmente se prefieren en lugar de *un gran* armario de cultivo como es de uso en otras partes, las pequeñas estufas, pues la gran sensibilidad del bacilo de la difteria necesita una rigurosa indivi-

dualizacion, para asegurar por este medio la posibilidad de regular la temperatura en cada estufa aislada, etc.

Se entiende que cada estufa está provista de un conductor especial de gas.

Sigamos en nuestro camino y llegaremos á los departamentos que sirven para *laboratorios* (cuartos de trabajo propiamente dichos). Que aquí se han aprovechado las mas modernas conquistas y que la instalacion en todo sentido debe considerarse modelo, apenas preciso indicarlo. Ventanas altas, anchas, dan paso á una luz suficientemente clara para los trabajos microscópicos diurnos; en caso de oscuridad hay una excelente iluminacion artificial. Igualmente se encuentra agua fria y caliente y hasta un teléfono. Allí tambien se hacen las anotaciones en los libros de protocolo de los animales, sobre lo cual volveremos mas tarde.

Aplicado á las paredes, enfrente de las ventanas encontramos una série de armarios de madera, que sirven para la conservacion de los venenos para las inyecciones, contenidos en grandes vasos bien cerrados, que deben alejarse lo mas posible de la influencia aérea y luminosa para evitar su descomposicion. Estos venenos deben estar listos en grandes cantidades y en distintos grados de toxicidad, por la razon de que se inyectan á menudo, á un animal en una sola vez, cantidades colosales.

El veneno mas tóxico, de que disponen actualmente, es la toxina al 20º, preparada en el mismo laboratorio. Es un grado de toxicidad, que hasta el presente aun no se habia conseguido.

Por una pequeña antecámara en la cual prepara el sirviente del laboratorio lo concerniente, llegamos otra vez al departamento de limpieza.

Antes de abandonar definitivamente este edificio, debemos todavia examinar dos departamentos, los cuales habíamos dejado al ingreso, es decir: 1) el *Departamento de Refrigeracion*, y 2) el *Establo para animales pequeños de experimentacion*.

El primero pertenece á los mas importantes, pues aquí se

prepara el suero propiamente dicho y por esto permaneceremos aquí un momento mas.

La sangre se recoge directamente en cilindros esterilizados, graduados, de ½ á 1 litro de capacidad, y en recipientes relativamente tan pequeños para separar cuanto antes el suero. Para apurar todavia la separacion se colocar los recipientes en tres armarios heladeras al lado de la pared. Pasados 24 horas, cuando el suero se encuentra completamente separado, se lo filtra en grandes colectores esterilizados. Luego se lo somete, para su mayor limpieza, á la accion de una centrífuga grande y se lo examina atentamente bajo el punto de vista bacteriológico, para asegurarse de su esterilidad. En seguida se establece el poder antitóxico en chanchitos de la India, que se encuentran en gran número en el departamento de enfrente y se agrega para la mayor conservacion del suero 0,50 % de ácido fénico.

Para seguir aquí narrando la fabricacion del suero hasta la exportacion, añadiré que éste es traspasado á los conocidos frasquitos esterilizados, cerrado, rotulado, etc., y tambien aquí se ha previsto en las instalaciones la garantizacion de la permanencia estéril del suero. Primeramente se coloca cada especie (I, II y III) en un lugar separado para excluir toda equivocacion, luego es colocado en receptáculos en forma de bureta, de los cuales pasa directamente á los frasquitos, tapados con corchos esterilizados; los corchos son recortados etc.: todo esto se hace sin que una mano toque directamente el material. En todos estos procedimientos se emplea la division del trabajo, en el sentido, de que una sola persona se encarga de llenar los frascos, una segunda del taponamiento, la tercera de la rotulacion, etc.

En total, se ocupan en este trabajo diez personas prácticas y de confianza que están bajo una contínua inspeccion. Á pesar de todo esto, puede muy fácilmente suceder un desprendimiento parcial del corcho, etc., cuyas partículas nadan ó se depositan en el líquido. Para evitar que tales frascos lleguen al comercio, se agita cada uno y se le examina por transparencia á la luz. Los frascos con cuerpos extraños se vacian en un frasco colector; la sedimentacion y luego la filtracion y centrifugacion da lugar á un suero nuevamente purificado, que recien entonces vuelve á ser embotellado. Finalmente se coloca encima de cada frasco el número de operacion,

método que permite, no solamente encontrar al animal del cual proviene el suero, sinó tambien el dia en el cual fué sacado, etc. Y para completar las precauciones, se reserva de cada cantidad de suero que se saca en *una* operacion, un frasquito testigo, para hacer, en caso de reclamo sobre epifenómenos á la inyeccion, inmediatamente las averiguaciones necesarias, para lo cual no se precisa más (véase á propósito de esto la comunicacion de Libbertz en el último número (49, pág. 927) de la « Deutsche Medicinische Wochenschrift ») que el envio del número de la operacion á la fábrica.

Me he detenido intencionalmente en esta parte de la fabricacion del suero, para demostrar, que en efecto, la fábrica « Farbwerke » hace todo lo posible para vender un suero puro é inocuo. Si á pesar de esto llegan reclamos aislados sobre epifenómenos desagradables (sobre 40.000 frasquitos que fueron despachados hasta hacen ocho dias, próximamente 10) hay que esperar con cierta probabilidad que tambien éstos desaparecerán, pues ya se cree están á la pesquisa segura de la causa.

Despues de esta pequeña divagacion volvamos á nuestro paseo de inspeccion y llegaremos á través del pasadizo al

Departamento de operacion.—Este cuenta próximamente 9 m. de largo por 6 1/2 de ancho; tiene plena luz, aguas corrientes y se ve en toda la hechura (pavimentacion, paredes, etc.) la idea de asegurar la asepsia al hacer las inyecciones, como las sangrias. Para estas últimas se usa ahora exclusivamente caballos; pues por varias causas se han dejado los carneros y las vacas. Los caballos que deben ser operados se colocan fijados entre dos paredes paralelas de 1 m. de altura por 1 1/2 metro de largo. En los puntos de la inyeccion se cortan los pelos y se hace, prévia limpieza rigurosa, la inyeccion. En la sangria, que se hace exclusivamente en la gran vena cervical (yugular) puesta á la vista por la compresion, se hunde un trócar sencillo de unos 4 ó 5 cm. de largo y 3 mm. de diámetro y se recoge la sangre de la manera ya descrita. La operacion es casi indolora. Al finalizar se retira sencillamente el trócar y la herida se cierra espontáneamente.

Siguen ahora á la derecha é izquierda los establos que

son dos edificios laterales, paralelos entre sí, de 34 m. de largo por 10,50 de ancho.

Dirigiéndonos primeramente á la derecha, llegamos á un departamento que contiene además de la gran caldera para la provision de agua caliente, un motor á gas para la ventilacion; más adelante pasamos entre dos departamentos chicos, uno para el forrage y otro para dos caballos, al *Establo Mayor*, destinado para veinte caballos que con 23 metros de largo tiene 10,50 de cm. de ancho. Cruzando el corral encontramos otro establo casi igual que sirve para 19 caballos. Anexos se encuentran otros establos menores para dos á cuatro caballos, como tambien otro almacen de forrage.

Todos los establos están llenos. Además hay en el establo, hasta entonces provisorio, otros caballos con servicio especial, que permanecen allí tres ó cuatro semanas aislados hasta averiguacion de su completa salud.

Recien cuando ya no se teme más el estallido de una epidemia de establo, se los traslada á los otros para iniciar el tratamiento.

Aquí tambien existe calefaccion al vapor y buena ventilacion. Una extrema limpieza se mantiene por un gran número de estableros bajo la direccion de un caballerizo de campo Stallmeister) militarmente instruido, que tambien mantiene un órden militar.

El plafond de todos los establos está asegurado contra incendios posibles desde los almacenes de forrage situados encima.

Cada caballo tiene su boletin clínico de salud y enfermedad. Aquí se anotan las temperaturas, dos veces diariamente; el peso semanal, la fecha, la cantidad, calidad (toxicidad) de cada inyeccion y sangria, como tambien todas las otras manipulaciones hechas en el caballo.

Con este cuidado atento todos los caballos gozan de un aspecto expléndido, tanto, que cualquier aficionado estaria muy satisfecho, lo que no debe extrañarnos. Es cierto, que aquellos caballos que han recibido una buena inyeccion, ó que dieron en una sola vez tres á cuatro litros de sangre, se encuentran el dia de la operacion algo deprimidos; sin embargo, 24 horas despues, generalmente, todo ha pasado.

Por otra parte, solo de este modo es posible satisfacer hasta cierto punto al gran pedido del remedio.

Una instalacion, que actualmente tiene más de 57 caballos, — entre éstos los que desde 1 1/2 años se encuentran en tratamiento. — Y que pronto tendrá 80 caballos (los anexos para éstos ya están muy adelantados) debe con razon llamarse «grandiosa».

BIBLIOGRAFIA

Introduccion al estudio de la higiene de la cindad de Salta — Memoria presentadada á la Junta de Sanidad por el Dr. *Ricardo Araoz*—1895.

El trabajo que analizamos no tiene las pretensiones de ser otra cosa que lo que el título revela: introduccion al estudio de la higiene y demografia de Salta. Asimismo, es una obra utilísima, no solo para quien desea conocer el estado de nuestras provincias, sino tambien, y muy principalmente, para las autoridades locales.

La ciudad de Salta está edificada en un valle profundo, con un subsuelo de poco espesor, tanto que en ciertos lugares el agua está á menos de un metro y hasta en algunas calles segun dice el autor, vierte debajo de las cureñas del afirmado. Los alrededores, las quintas y aun algunas casas y calles están cubiertas de lagunas ó pequeños pantanos.

Esta proximidad de la napa de agua ha hecho que muchas casas no tengan letrina, que la gran mayoria de las que la tienen esté en condiciones defectuosisimas y que apenas unas 30 fosas estén en condiciones regulares.

Los desagües de la poblacion hechos por medio de zanjas abiertas y de bordes destruidos en gran extension, no pueden ser peores, habiendo alguno de ellos que dá agua á los habitantes de su ribera.

Toda clase de inmundicias se aglomera en el interior de las casas, y la incuria municipal es tan grande, que casi todas las casas de familia así como los hoteles, confiterias, etc., vierten á la calle las aguas servidas, á eso de las 11 ó 12 de la noche.

El agua de los pozos es muy mala; la del rio Arias es pésima por las poluciones que sufre de parte de bañistas y lavanderas.

Como se vé, las condiciones higiénicas de Salta no pueden

ser más deplorables, sobre todo si se tiene en cuenta que está situada en terrenos palúdicos. La lectura del severo trabajo del Dr. Araoz deja en el ánimo una tristísima impresión. ¡Cuántas provincias se encuentran en condiciones parecidas!

No es extraño, pues, que la mortalidad sea muy grande. Así, para el año 90 en que hubo una ligera epidemia de viruela, la cifra de los muertos alcanzó á 1272, para una poblacion de 25.000 habitantes. Es decir, casi 51 por mil! Dato elocuente: más del 50 °/₀ de las defunciones, todos los años, corresponde á niños menores de 4 años. Fácilmente se comprenderá esto si á más del paludismo, se considera que, segun hace notar el Dr. Araoz, las gastro-enteritis son frecuentísimas á causa de la ignorancia de los padres respecto al modo de alimentar á sus hijos, cometiendo errores gravísimos hasta la gente de más elevada posicion social. Las gastro-enteritis, dice, son la causa de la muerte de más de la mitad de los niños.

Con tan gran mortalidad, el aumento de la poblacion es casi nulo; no hay inmigracion y por el contrario, la emigracion es grande á consecuencia de la mala situacion industrial de la provincia.

No podemos, desgraciadamente, detenernos más en el análisis de las condiciones actuales de Salta.

Nos urge llegar á los medios que el Dr. Araoz propone para mejorarlas. Los principales son: canalizacion y arreglo conveniente de las actuales zanjas de desagüe para desecar pantanos, lagunas, etc.; establecimiento de una red cloacal con pequeños caños de hierro, bombas elevadoras ó irrigacion con las aguas cloacales (el Dr. Araoz trae, al respecto, cálculos prolijos); provision de agua corriente de buena calidad traida del rio de Castellanos; reglamentacion severa de la construccion de letrinas y arreglo de todas las existentes, depósito y extraccion conveniente de las aguas servidas (mientras no hay cloacas), etc., etc.

Cree con razon el autor, que la provision de agua corriente que piensa hacerse, será más bien perjudicial sin el establecimiento de una red de cloacas que, segun sus cálculos, no costaria gran cosa, y confía en que, de realizarse las medidas que propone tomar, las enfermedades y sobre todo el paludismo que devasta la ciudad, disminuirian considerablemente.

El Dr. Araoz, como todos los que dicen la verdad, ha de

cosechar más de un disgusto por su apreciable obra, pero puede estar seguro de que ha realizado una tarea altamente benéfica para su país. Ojalá lo imitaran los distinguidos colegas de otras provincias.

G. A. A.

Diagnóstico de las enfermedades de la médula espinal. — Lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Zaragoza por don *Ricardo Royo* y *Villanova*, catedrático de Patologia y de clínica médica (por oposicion) de dicha Facultad. — Madrid. Administracion de la «Revista de Medicina y Cirugia Prácticas», calle de Preciados, núm. 33, bajo. 1895. 1 tomo en 8º. 429 págs. marroquí. — Nuevo volúmen de la « Biblioteca científica moderna », obsequio del editor.

El señor Royo y Villanova no presenta en este libro investigaciones ó descubrimientos suyos, sino que se limita á hacer una exposicion general y crítica segun el método conocido de las obras didácticas de este género. En diez y siete lecciones (capítulos), agrupadas en dos partes ó libros, bajo el título de « Sintomatologia general » la primera y « Semiótica general » la segunda, desarrolla su tema con cierta erudicion que no es posible apreciar por la indigencia de referencias bibliográficas de que adolece. Como una atenuacion de esta observacion debemos hacer notar que los trabajos del hábil histologista Ramon y Cajal, son mencionados con mayor proligidad que aquella á que nos tienen acostumbrados los otros autores extranjeros, cuando citan, por rara casualidad, autores españoles. Ese mayor cuidado lo merece seguramente Ramon y Cajal; aunque el autor, por el poco desenvolvimiento que ha dado al estudio anatómico de la médula, no tenga ocasion de mostrarlo más á menudo.

En este asunto, el esquema que propone es claro y exacto; pero no nuevo, — está casi calcado en el de Marie, — ni privado del defecto general de los esquemas de la médula, — órgano muy complejo para permitir una representacion sintética lógica, circunstancia donde reside la mayor dificultad que los estudiantes, siempre apremiados por los programas, encuentran en la Patologia nerviosa. Así, parécenos temeraria la inclusion que, en esa figura, hace el señor Royo del haz en vírgula de Schultze, no admitido aún por la generalidad de los anatomistas; como que no se menciona en las obra

más modernas, en el precioso y flamante tratado de Dejerine, por ejemplo.

Entre los capítulos siguientes, son realmente dignos de elogio los dedicados á los « trastornos en el momento de andar », á los « trastornos ó alteraciones de la marcha », segun decimos nosotros, enviciados en el más declarado galicismo. Es de sentir solamente la nomenclatura muy complicada adoptada, pues se conoce que el autor ha estudiado el punto con especial consagracion.

Y á propósito de nomenclatura, el señor Royo y Villanova, afectado de la necesidad del purismo en la terminología médica, usa una que parecerá chocante á nuestro mundo médico americano, poco habituado al respeto de la Academia de San Fernando, pero de ninguna manera obscura ó incorrecta. El empeño de limpiar de barbarismos el tecnicismo médico español y americano es loable, pero dudamos que entre nosotros tenga estusiastas sostenedores. Sin embargo, en este terreno casi extraprofesional, debemos deplorar, nó la manera de decir demasiado castiza del autor, sino ciertos recursos de oratoria didáctica envejecida que emplea inoportunamente : como, por ejemplo, en la leccion primera la comparacion muy arriesgada del sistema nervioso con una planta « cuya semilla, arro-« jada en el cosmos, vá fructificando, con la lentitud que su « aristocrática naturaleza requiere, tomando las primeras y « más burdas sustancias para su desarrollo de los tejidos « que constituyen nuestro organismo, y prolongando las mas « finas ramificaciones de sus raicillas hasta flor de piel y de « mucosas, para sumergirse en el pericosmos y tomar, por « un lado, del sol, las energias que necesita para su funcion « directora de todas las necesidades y caprichos orgánicos ; « del ambiente », etc, etc.

Las lecciones de sintomatologia general, son en general, buenas y sencillas, pero de extrema pobreza las páginas dedicadas, en el capítulo de « síntomas prestados », á los síntomas psíquicos. Ahí se muestra muy atrasado el señor Royo Villanova : habla de las tres potencias del alma, el entendimiento, la memoria y la voluntad, nocion archivada por el psicologia contemparánea ; dá excesiva importancia á la discusion de lo que los hablistas — Castro y Serrano, la academia y Roque Barcia — entienden por carácter ; y, en fin, parece desconocer los conceptos y procedimientos que, de la psicologia normal,

han llevado á la psicologia patológica Th. Ribot, Charcot, Pierre Janet, Pitres, etc.

Más feliz, y muy al corriente de los últimos adelantos, está en las lecciones de «semeiótica general» y diagnóstico diferencial; cuestiones difíciles que encara y resuelve con el método y la facilidad que caracteriza á los prácticos instruidos.

En resúmen, salvo los pequeños defectos, brevemente apuntados, este libro es útil y será leido con provecho por los médicos y alumnos de quinto año que no sepan traducir el frances, y por todos aquellos que quieran conocer el movimiento científico español.

A. L. L.

Enero, 16/95.

Travaux d'électrothérapie gynecologique. — Por el Dr. G. Apostoli, vol. I, pág. 718, fasci culos 1 y 2, Paris 1894; editado por la SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4 rue Antoine Duboirs.

El Dr. Apostoli, bien conocido por sus trabajos sobre electricidad médica, ha tenido la excelente idea de crear una Revista con el objeto de reunir todas las publicaciones que, sobre la aplicacion de la electricidad á las afecciones que están bajo la dependencia de la ginecologia, se han hecho tanto en Francia como en el extranjero.

Este primer volúmen encierra los trabajos de autores ingleses, belgas, americanos del Norte, rusos, etc., y el segundo próximo á aparecer, comprenderá tambien publicaciones del extranjero, reservando el tercer tomo para los franceses. Los demás números de la Revista, que se publicarán anual ó semestralmente según el caso, estarán destinados á contener los trabajos recientes á medida que vayan apareciendo. Pero el trabajo del Dr. Apostoli no es solo de recopilacion, sino que cada capítulo va acompañado de numerosas notas destinadas á atenuar, corregir y explicar muchos juicios y opiniones que le parezcan al autor erróneas ó demasiado exclusivas.

Además, un *index* bibliográfico lo mas completo posible será anexado á cada volúmen.

La obra emprendida por el Dr. Apostoli, es laboriosa y digna de aplauso, y como lo hace observar muy bien el autor, es necesaria á la edificacion definitiva de la *Electroterapia*, que ha nacido ayer, y que sólo pide engrandecer perfeccionándose.

Los trabajos mas importantes contenidos en este primer tomo, son: *Reflexiones sobre el tratamiento de los tumores uterinos por la electricidad*, (1) y *Estadística de la histerectomia abdominal* (2) por el Dr. Thomas Keith, cirujano del hospital de mujeres de Edimburgo; *Notas sobre el tratamiento eléctrico de las enfermedades del útero*, por el Dr. Spencer Wells (3); *De las afecciones ginecológicas tratadas por la electricidad en la clínica del profesor;* por el Dr. Fraser Wright (4); *Tratamiento de las afecciones pelvianas por la electricidad*, por el Dr. Milne Murray (5); *Informe sobre sesenta observaciones de fibromas uterinos tratados por la electrólisis*, por el Dr. J H. Hellogg (6); *Del método de Apostoli* por el Dr. Basile Massin; *Contribucion al tratamiento de los fibro-miomas del útero por la electrólisis*, por el Dr. F. Candia (7); *Acción de la corriente contínua sobre los miomas*, por el Dr. Gustavo Klein (8); *Tratamiento de los tumores fibrosos del útero*, por el Dr. N. Kjœrgaard (9); *Contribucion al estudio de la electroterapia ginecológica*, por los doctores Mandl y J. Winter (10). Al lado de estas publicaciones, que merecen ser leidas detenidamente por la enseñanza práctica que encierran, hay otras no menos interesantes, de modo que las 700 páginas que comprende este volúmen están bien aprovechadas.

Indudablemente la mejor aplicacion de la electricidad á la ginecologia, es la que se refiere al tratamiento de los fibromiomas, y sin ir tan lejos como el Dr. Apostoli, que lo quiere erigir en exclusivo, ó como el cirujano inglés Keith que considera un acto criminal (*criminal act*) toda intervencion quirúrgica en estos casos, se puede aconsejar sin temor este procedimiento, antes de dar intervencion al bisturí, sobre todo, cuando se trate de mujeres cuya edad próxima á

---

(1) «British Medical Journal», Febrero de 1891, pág. 337.

(2) «British Medical Journal», 10 de Diciembre de 1887, pág. 1257.

(3) «British Medical Journal», 12 de Mayo de 1888, pág. 995.

(4) «Transactions de la Société Obstetricale d'Edimbourg, 1889-90, vol. XV, pág 58.

(5) «Transactions de la Société Obstetricale d'Edimbourg», pág. 120.

(6) «Times and Register», 7 de Febrero 1891.

(7) Boletin de la Academia real médico-quirúrgica de Nápoles, 18º2.

(8) «Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie, 1890, vol XIX, fasc. I.

(9) «Sœrtryk af, gynœkologiske og obstetrisciske meddelelser 8 bind, 1 og. 2 Hefte». Copenhague 1890.

(10) Wiener klin Wochessch 1891. Núms. 51 y 52 y 1892 Núms. 3 y 4.

la menopausa permite esperar una curacion espontánea. Así hemos visto proceder siempre á nuestro eminente maestro el Dr. Demons, profesor de clínica quirúrgica en la Facultad de Burdeos, el que no opera ninguna mujer atacada de fibroma del útero, que pase de cuarenta y cinco años, á menos de indicaciones especiales en que sea forzoso intervenir. Pero para las mujeres jóvenes, aunque está probado que sobre 100 casos, por lo menos en 80 se consigue, con la electricidad, hacer desaparecer los dos síntomas principales, dolor y hemorragia, no es permitido con los progresos actuales de la cirujia, dejarlas con un tumor en el vientre, cuyas consecuencias nadie puede prever. Eso de que el tumor disminuya algo de volúmen, estamos perfectamente de acuerdo, pero el que desaparece de una manera definitiva, nos parece muy problemático, á pesar de la interesante observacion publicada en el *British Medical Journal* del 9 de Julio de 1892, pág. 74, por el Dr. Skene Keith. Durante todo el tiempo que hemos seguido la clínica electroterápica de la Facultad de Burdeos, á cuyo frento está un hombre bien competente, nuestro maestro el profesor Bergogné, no hemos podido comprobar nunca un caso semejante. Hemos visto, sí, casi siempre desaparecer los dolores y las hemorragias.

En ciertas afecciones puramente nerviosas de los órganos de la mujer, no hay duda que la electricidad conseguirá dominarlas, pero no vemos, ni comprendemos la accion, por ejemplo, en las supuraciones uterinas y peri-uterinas; en estos casos el bisturi es la *ultimo ratio*, á pesar de lo que sostengan distinguidos *electroterapistas* como el Dr. Apostoli.

La electroterapia no podrá ser nunca la rival de la cirugia en ginecologia, y sólo puede ser una rama de esta última, que, en ciertos casos y en momentos determinados, podrá prestarle útiles servicios.

De todos modos, la tarea emprendida por el Dr. Apostoli, merece la atencion de los cirujanos, y como todo lo que tiende á «conservar», debe tenerse en cuenta y ser aplaudido, sobre todo en esta cuestion de electroterapia, en la que no se ha dicho todavia la última palabra.

No podemos terminar esta rápida ó incompleta reseña de la obra de Apostoli, sin protestar contra un párrafo del *avant-propos*, en el que, refiriéndose á la electroterapia, dice que quiere sacarla del « ostracismo injustificable que la ha

herido en sus principios, y que debe á la indiferencia ó á la hostilidad del cuerpo médico, nacidas ambas de la ignorancia física de sus leyes, y que algunas veces han sido mantenidas por el interés... operatorio». La cirugia ginecológica no tiene ya castillos en que puedan romperse esta clase de lanzas.

DR. TORNÚ.

FORMULARIO

La ipeca en las disenterias y entero-colitis

Numerosos casos nos han convencido de que la ipecacuanha no ha sido reemplazada en el tratamiento de estas afecciones por los antisépticos del tubo intestinal. Como lo han demostrado, por lo demás, muchos de los más distinguidos médicos, la ipeca no reconoce rival en la disenteria, de la que casi podria decirse que es un verdadero específico.

En nuestra práctica, la usamos siempre en esos casos, haciéndola preceder de un purgante de calomel ó de aceite de ricino, y dándola á grandes dósis. Todos conocemos, sin embargo, un grave inconveniente del medicamento: su accion vomitiva y nauseosa que mantiene al enfermo en un estado de malestar y depresion notable.

Leimos en alguna parte, que asociando á la ipeca el mentol, el efecto vomitivo quedaba anulado. El ensayo nos fué favorable y desde entonces hemos empleado en numerosos casos esta asociacion, habiendo tenido solo una ó dos veces vómitos.

En nuestra sala y consultorio de niños del Hospital San Roque empleamos comunmente la fórmula siguiente, análoga á la de Delioux de Savignac, pero con agregacion de mentol:

Raiz de ipeca machacada. 3 ó 4 gramos
Agua dest..... 150 á 200 »

H. hervir diez minutos y agréguese:

Mentol..... 0.30, 0.50 ó más.
Láudano de Sydenham... 2 á 5 gotas
Jarabe..... 30 á 50 gramos

(Por cucharadas de sopa ó postre cada tres ó dos horas).

La cantidad de láudano varia naturalmente segun la edad del niño; no se puede atribuir á este medicamento el efecto correctivo porque se sabe que su accion á este respecto está lejos de ser perfecta. Por el contrario, hemos probado esa misma pocion suprimiendo el laudano y el efecto vomitivo no se ha manifestado. La asociacion del ópio nos parece útil en la gran mayoria de los casos, sobre todo cuando hay mucho dolor ó tenesmo.

Convencidos de que muchas veces no se administra la ipeca en estos casos por temor á los vómitos tan pertinaces y fatigosos, hemos creido de utilidad hacer conocer este correctivo.

G. Araoz Alfaro
Médico del servicio de niños de San Roque.

SUERO ANTI-DIFTÉRICO DE BEHRING

La casa Demarchi, Parodi y Cia. ha recibido y tiene en venta los nos 1, 2 y 3 del suero anti-diftérico de Behring.

IMPORTANTE PARA LOS SOCIOS DEL CÍRCULO

Les recordamos que, segun arreglo celebrado con la libreria de Etchepareborda, los sócios tienen un descuento de 10 % en la compra de libros é instrumentos.

Para obtener esta ventaja, el pedido debe hacerse por intermedio de la Secretaria de la Asociacion.

Movimiento de la Administración Municipal de Vacuna ó "Instituto Jenneriano" en 1894

VACUNADOS		REVACUNADOS	
Positivo.....	11.818	.....	2.091
Negativo.....	662	.....	1.079
Se ignora....	6.342	.....	1.813
Suma.....	18.822	.....	5.083

Certificados médicos de vacunación expedidos...	9.817
Domicilios infectados por la viruela.....	37
Casos de viruela.....	42
Defunciones por viruela.....	14
Cada vacunado ha costado al Erario.....	$ 0.55

F. F. Allende.

Enero de 1895.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 4

Anales del Círculo Médico Argentino

FEBRERO 28 DE 1895

Laboratorio del profesor Dr. Wernicke

Contribucion al estudio de los tumores de la bóveda palatina

Por el Dr. **Alejandro Posadas**, Médico interno del Hospital de Clínicas

(*Véase la primera parte en el nº 1 de este año*)

II

Macroscópicamente este tumor despues de su extirpacion, se presentaba constituido por dos grandes lóbulos, distintos en aspecto y en tamaño.

Un lóbulo superior doble de grande que el inferior, ofrece un aspecto carnoso, es de superficie irregular, surcado por bandas conjuntivas blanquizcas y lleno de porciones salientes y deprimidas. Es blando y presenta en su porcion completamente superior, la vecina al hueso del paladar, una parte que está en disgregacion y que se desgarra fácilmente.

El lóbulo inferior, perfectamente liso, es duro, de un color blanco mate, que le dá un aspecto cartilaginoso, de forma hemisférica, recuerda la cabeza articular de una enartrosis. Se halla recubierto por una membrana á la que debe su aspecto y que desliza sobre él, como si estuviese adherida por una capa de tejido conjuntivo laxo.

Esta membrana, recubre todo el lóbulo inferior y se detiene bruscamente en su base, donde un surco, completo y profundo, separa netamente las dos porciones del tumor.

La estructura histológica de los dos lóbulos presenta pocas diferencias. Tal vez en el inferior, las lesiones de las glándulas son menos avanzadas. La membrana que recubre esta

parte de la neoplasia, tiene una estructura análoga á la de la mucosa palatina.

Las fotografías que acompañan este ensayo, son en número de tres.

La primera, es una fotografía del tumor que representa á éste en su conjunto. Se ve el lóbulo inferior redondeado. No es perfectamente liso, porque está retraido por la accion del alcohol en que se ha conservado.

La segunda placa, representa el segundo período ó estado de las lesiones observadas en las glándulas. Se recordará, que la primera alteracion en éstos observada, consiste en una multiplicacion del número de los tubos glandulares. Aquí se observa ya la dilatacion enorme de aquellos y la multiplicacion de los elementos epiteliales, que revisten las paredes glandulares. Éstas, se hallan enormemente espesadas. En estos puntos, el tejido conjuntivo fundamental es muy escaso.

Finalmente, la tercera y última placa, muestra la forma más comun de la neoformacion y la que constituye la mayor parte del tumor.

Se ve un cordon celular completamente lleno, sin cavidad de ninguna especie que recuerde su orígen glandular constituido por células poliédricas de núcleo grande y bien teñido.

Estos cordones infiltran y surcan ese tejido conjuntivo mixomatoso, con células raras, redondeadas unas y con prolongacion otras, que constituye el estroma del tumor. Se ven aquí igualmente, algunos vasos con su endotelio de revestimiento y de paredes muy delgadas, situados en el espesor del tejido conjuntivo,

El estado último de las lesiones, aquel en que ya no se observa la forma tubular de la proliferacion epitelial, sino se encuentran grandes masas celulares, no ha sido fotografiados por parecerme fácilmente imaginable su estructura y sin mayor interés.

Placa Nº 1.

Conjunto del tumor, tamaño natural.

Placa Nº 2.

Glándulas grandemente dilatadas y de paredes epiteliales espesas.

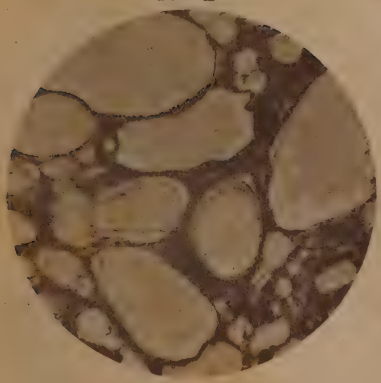
Obj. A. A. oc. proyeccion 2 long. cámara 0. 35 c. m.

Placa Nº 3.

Cordones celulares macizos que constituyen la forma mas

Nº 1

Nº 2



Nº 3

OTOTIP. J. PEUSER, BS. AS.

habitual en la neoformacion — tejido conjuntivo mixomatoso fundamental con vasos sanguíneos de paredes delgadas.

Obj. D. D. oc. proyeccion 2; long. cámara 0.30 c. m.

Febrero 8 de 1895.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RIVADAVIA

Sobre un caso de obliteracion del orificio interno del cuello uterino, con ruptura del útero durante el trabajo, en una mujer de pelvis estrechada

Por **Saturnino Salcedo**—Interno del Servicio

La clínica obstétrica, como las demás clínicas, tiene tambien sus novedades. Preséntanse en ella, aunque con relativa frecuencia, casos que por salir de lo comun, despiertan el mas vivo interés por las enseñanzas que proporcionan.

Tal nos parece ser la observacion de que vamos á ocuparnos. El conjunto de circunstancias que la constituyen, unido á la naturaleza de la intervencion y de las condiciones nada favorables en que fué llevada á cabo, nos han decidido á darle publicidad.

El caso en cuestion, es una enferma multípara, de 35 años de edad, que regló por primera vez á los 16, ignorando la época en que empezó á caminar y la última aparicion de sus menstruos. Está en el noveno mes de su embarazo, sin accidentes ni complicaciones. Sus antecedentes hereditarios son excelentes; no hay estigmas de raquitismo. En cuanto á los individuales, dice haber sufrido mucho en sus partos anteriores, necesitando operacion á veces, la última una aplicacion de forceps. De los seis niños que ha tenido uno nació muerto, dos murieron durante una operacion, y los otros tres que eran pequeños (antes de término?) nacieron vivos. No ha tenido abortos, ni padecimiento alguno de sus órganos genitales. La orina no contiene albúmina.

El exámen directo de la enferma, revela una presentacion

de vértice, sin encaje de la cabeza, en posicion O. I. I. A., y la pelvimetria externa dá los siguientes resultados:

Diámetro	bi-espinoso	22	centímetros
»	bi-iliaco.....	25	»
»	bi-trocantéreo	29	»
»	sacro-pubiano....	16	»

El promontorio es muy accesible y el diámetro promonto-sub pubiano mide 9 1/2 centímetros de donde una *conjugata vera* de 8 centímetros. La amplitud de la pelvis está disminuida. Hay curvadura lumbosacra bastante pronunciada.

La circunferencia abdominal, al nivel del ombligo, mide 90 centímetros y la enferma pesa 51 kilogramos 700 gramos.

El tacto, practicado con motivo de dolores vagos al bajo-vientre de que se quejaba la enferma, suministró datos de gran importancia.

A alguna distancia de la vulva, se nota la existencia de un orificio circular, del tamaño de una moneda de un centavo, de bordes espesos y que es tomado desde un principio por el orificio externo del cuello dilatado. Los fondos de saco vaginales persisten.

Inmediatamente por detrás, el dedo explorador cae en una cavidad mas ancha que el orificio mencionado, haciendo la impresion de la cavidad uterina, cuya profundidad puede medirse por la falange ungueal, y limitada, hácia atrás, por un cuerpo de tejido espeso y liso, presentando en su centro una rugosidad muy dura al tacto, y hácia los lados, por la union de este tejido y el tejido reblandecido del cuello uterino.

La cabeza fetal mas bien se sospecha que se percibe á través del tejido que cierra la cavidad, y el peloteo vaginal es apenas sensible. Todo el útero está inclinado hácia la derecha y el orificio dilatado del cuello mira á la izquierda y lijeramente hácia atrás. Los dolores vagos que acusaba la enferma, no eran pues mas que el comienzo del trabajo de parto.

Se podria comparar la disposicion que hemos descrito, á la conformacion anatómica del iris y del cristalino en el globo ocular: la pupila representando el orificio circular anterior, el cristalino el tumor apreciado profundamente, y la cámara posterior la cavidad situada entre ambos.

Esta comparacion, que es puramente imaginaria, se aproxima mucho á la realidad, con los progresos del trabajo.

En efecto, examinada la enferma dos horas despues por el jefe de clínica, cuando las contracciones eran enérgicas y los dolores intensos, encontró la disposicion siguiente: orificio externo midiendo poco mas de dos traveses de dilatacion; durante las contracciones, la masa de tejido que cerraba hácia atrás la cavidad de que hemos hablado, se ponia tensa y dura, presentando una resistencia notable á la presion del dedo; al mismo tiempo la cavidad que le precedia disminuia de profundidad, á tal punto que casi se borraba por completo; estiramientos que se apreciaban con entera claridad, tenian lugar del cuello al cuerpo, del orificio externo al segmento inferior del útero, durante los cuales el orificio externo se aplicaba sobre el tumor que cerraba la cavidad, formando sobre su superficie un rodete circular, el todo asemejándose á una cabeza fetal haciendo presion sobre el cuello, para franquearle durante una contraccion, en el mecanismo ordinario del parto. En el intervalo de las contracciones, el orificio anterior se retiraba, la cavidad se hacia apreciable, y el tejido interpuesto se volvia blando, dejándose deprimir por el dedo explorador.

No fué fácil formular desde luego un diagnóstico. Que lo que el dedo apreciaba en forma de anillo circular, era el orificio externo del cuello uterino en trabajo de dilatacion, podia afirmarse con tanta mayor razon, cuanto que el trabajo de parto se habia iniciado de una manera bien neta, desde hacia ya tres horas.

Las dificultades nacian, cuando se trataba de saber qué significado dar á la cavidad que le seguia, y al tejido que hacia imposible toda comunicacion con la cavidad uterina, que no era, seguramente, la que el dedo exploraba con entera facilidad.

Sin embargo, la evidencia de que el tejido interpuesto era tejido muscular, la falta de modificaciones de la parte despues de varias horas de trabajo, el tubérculo, duro al tacto, que se notaba en su centro, nos hicieron pensar en una obliteracion del orificio interno del cuello del útero, en cuyo caso la cavidad que le precedia, no seria otra que la cavidad cervical completamente distendida y transformada.

Por exclusion, no podia llegarse á otro diagnóstico. En efecto la enferma no habia tenido jamás hemorragias que hicieran pensar en una *placenta prévia central*, desprendida

de sus inserciones al nivel del cuello; por otra parte, el peloteo vaginal, aunque poco sensible, existia, y la sensacion que daba el tejido interpuesto, no era la pastosidad y blandura especial en los casos de insercion viciosa.

La enferma suministraba el antecedente de no haber sufrido perturbaciones de su aparato genital, lo cual dejaba de lado *las enfermedades de la matriz* que pudieran tener alguna semejanza, fibromas, pólipos, etc.

Aquel tejido no era el *ovoide cefálico*, del que no tenia mas que su forma esférica, pero ninguno de los caracteres especiales que le distinguen.

Menos podia pensarse en la *bolsa de las aguas*, con la que no existia ninguna semejanza.

Pensamos que en el caso que discutimos, los fenómenos se han pasado del siguiente medio: iniciado el trabajo, las contracciones uterinas comprimen el feto empujándole hácia abajo, y la cabeza fetal presiona sobre el segmento inferior para dilatar el cuello; pero encontrándose cerrado el orificio interno é inextensible, la dilatacion no ha podido efectuarse como de ordinario, es decir, de arriba abajo, del orificio interno hácia el externo. Entonces, apurado por contracciones enérgicas, el orificio externo ha cedido el primero y con él, el resto del cuello, sea por efecto de las contracciones solamente, ó sea, gracias al manojo de fibras musculares que del cuerpo van á la pared posterior del cuello, manojo admitido y puesto en evidencia por Doleris, y debido al cual, segun muchos autores, aun en los casos normales, gran parte de la dilatacion se efectúa de abajo arriba.

Sea como fuere, el hecho es que la dilatacion puede efectuarse sin que cediera el cuello interno, y que durante las contracciones, como hemos dicho, estiramientos marcados se hacian sentir de abajo arriba, todo lo cual habla en favor de la interpretacion que acabamos de dar.

Continuemos ahora con nuestra enferma.

Los diámetros de la pelvis, que hemos dado á conocer, bastan para demostrar que á la obliteracion de cuello, se unia, en nuestro caso, una estrechez pelviana.

La causa de esta estrechez no era el raquitismo, del cual la enferma no presentaba ningun estigma. Por el contrario, entre sus antecedentes, se encontraba el de haber efectuado

esfuerzos excesivos desde muy pequeña, acarreando canastos llenos de fruta, cuyo peso era superior á sus fuerzas.

Por esta y otras razones, fuimos obligados á clasificar su deformacion, entre las pelvis aplanadas, no raquíticas.

No vamos á detenernos acerca de este asunto, por ser otro nuestro propósito en esta ocasion. Hemos citado el hecho por pertenecer á la observacion de que venimos ocupándonos.

El jefe del servicio fué llamado tan luego como se formuló el diagnóstico de la obliteracion, pero previendo la necesidad de una intervencion, se prepararon instrumentos y se dió comienzo á preparar la enferma.

Habian transcurrido seis horas, desde que se iniciaron los fenómenos del trabajo.

Se rasuró el monte de Venus: se lavó prolijamente la vajina y los órganos perigenitales; despues, inyecciones de bicloruro y se colocaron mechas de gaza iodoformada.

Terminada esta operacion preliminar, y súbitamente, los que estábamos á su lado, fuimos testigos de un accidente extraño. Durante una contraccion, de intensidad desmedida á juzgar por la dureza del útero y los sufrimientos de la enferma, se oyó un ruido especial acompañado de un levantamiento brusco al nivel de la region hipogástrica, que desapareció en seguida, viéndose ascender dicha parte bajo la piel, como una tira elástica que se rompe y cuyos extremos se retraen instantáneamente. La enferma llevó sus dos manos hácia ese punto despues de lanzar un grito, y fué atacada de una dispnea notable que la obligó á sentarse en la cama para poder respirar. La cara se puso pálida y se cubrió de un sudor frio; los rasgos se alteraron; las facultades intelectuales permanecieron intactas. La enferma acusaba un dolor profundo, intenso, angustioso, que se propagaba á todo el vientre, sensible aún á la presion de la ropa de cama. Decia haber sentido que se rompia algo, y que el feto ascendió de repente. El pulso era tenso, concentrado, poco ámplio; náuseas y vómitos sobrevinieron despues, sin coloracion primero, biliosos despues, sin mezcla de sangre.

Faltó por completo el síncope, el enfriamiento de las extremidades, el debilitamiento del pulso, los signos de una hemorragia interna, ya que externa no la había, y esto fué causa de vacilaciones para poder afirmar con el conjunto de signos apuntados, el sitio anatómico preciso de la ruptura.

Pero la forma del abdómen, vino á convencernos. A la simple inspeccion se notaba la existencia de dos tumores: uno supra y otro infra-vaginal. El tumor inferior daba la sensacion de las nalgas del feto, que se tocaban como inmediatamente bajo la piel. El tumor superior, algo duro, daba una sensacion poco neta; doloroso á la presion superficial, lo era menos á la profunda. Las contracciones uterinas cesaron por completo. Los latidos fetales, muy debilitados.

Se sondó la vejiga, de la que se extrajo 200 gramos de orina clara, sin sangre. La gaza colocada en la vagina, salió teñida de un líquido verdoso, que no era más que meconium. La ruptura comunicaba, pues, con la vagina. La paciente adoptó el decúbitus lateral derecho, con las piernas flexionadas sobre los muslos, y éstos sobre el abdómen; única posicion que podia tolerar.

Despues de producida la ruptura del útero, la operacion se hizo de urgencia. No se trataba ya de elegir la via por que debia extraerse el feto, sinó de practicar inmediatamente una laparotomia para salvar un niño y disminuir los peligros que corria la madre.

El jefe del servicio llegó á los pocos momentos de producido el accidente, y se intervino en seguida, procediendo con la rapidez posible.

Abierto el vientre, se notó la existencia de adherencias antiguas, testigos de un proceso patológico anterior, al cual tal vez no era extraña la obliteracion del cuello.

Se constató la ruptura del útero, sobre la parte anterior é inferior del cuerpo, por debajo del anillo de Bandl, ruptura transversal, curvilinea, de bordes bastante regulares, cortados en bisel, de una coloracion violácea, yendo de uno á otro lado respetando las paredes laterales.

Es esto último, lo que pudo explicarnos la falta de una hemorragia en esta ruptura singular, providencial si nos es permitida la expresion.

Las paredes uterinas estaban reblandecidas y adelgazadas en casi toda la cara anterior del útero, fenómenos que parecian debidos á una metritis crónica, de que la enferma no daba antecedentes.

Esta causa, unida á la multiparidad, á la estrechez pelviana, á las resistencias exageradas por el hecho de la obliteracion, á la violencia de las contracciones por esta misma causa, á la

compresion pronunciada de que indudablemente era sitio la region desgarrada, entre la cabeza fetal por una parte y las paredes de la pelvis por otra, formaron indiscutiblemente el funesto conjunto que dió por resultados la ruptura en el lugar menos resistente, el más expuesto por las varias fuerzas que sobre él obraban.

El cuerpo y las nalgas del feto, estaban en la cavidad abdominal; los lábios de la desgarradura habian aprisionado la cabeza y los piés, que permanecian dentro de la cavidad uterina. Se extrajo el niño con cuidado por temor de aumentar la herida. Pesaba 3350 gramos, media 49 centímetros de longitud total y tenia de diámetros cefálicos: O. F. 0.10 cm., O. M. 0.12 cm., B. P. 0.10 cm., S. O. B. 0.09 cm. Nació asfixiado, volviendo á la vida 10 minutos despues.

Se desprendió la placenta y se extrajeron los anexos como de ordinario.

La cavidad abdominal estaba llena de líquido amniótico mezclado de meconium, y de coágulos sanguíneos, sólidamente adheridos sobre el epiplon y mesenterio. Todo el peritoneo visceral se veía sembrado de restos de membranas. Se lavó y esponjó cuidadosamente, hasta donde fué posible hacerlo.

Temiendo por los resultados de la sutura del útero, dada la poca retraccion del órgano y las condiciones nada favorables en que se hallaba la enferma, con un peritoneo que tarde ó temprano debia sufrir los efectos del accidente, se creyó oportuno practicar inmediatamente una histerotomia, seccionando la matriz al nivel de su ruptura. Se suturó el pequeño pedículo así formado, se hizo la *toilette* de la herida y nuevamente del peritoneo, y se cerró el vientre.

Temperatura antes de la operacion, 38°8; despues, 38°. Cuatro horas más tarde, 37°. Pulso débil, de muy poca tension, 104 por minuto, 32 respiraciones.—Inyeccion de cafeina.

Al dia siguiente, á las 8 a. m. 37°8; á las 12 a. m. 37°4; á las 4 p. m. 38°1; á las 9 p. m. 37°3. Acusa mucho dolor al vientre; — inyeccion de morfina; hielo al interior, cognac, leche, etc.—Orina 600 gramos.

Tercer dia.—Temperatura por la mañana 37°8,—98 pulsaciones, 36 respiraciones.—Por la tarde 38°3, 104 pulsaciones y 34 respiraciones,—inyeccion de morfina. Por la noche 38°.—Pulso 100,—30 respiracionas. Orina 1500 gramos.

4°. dia.—Temperatura 38°3.—Vientre muy doloroso y tim-

panizado.—Fácies peritoneal; hielo al vientre, ópio al interior. Pulso 108, 32 respiraciones, orina 500 gramos.

5º. dia.—Temperatura 37º4 por la mañana, 38º4 por la tarde; pulso 100, respiraciones 36, orina 500 gramos. Vientre muy doloroso y muy timpanizado, — vómitos verdosos casi continuos. Hielo intus y extra—ópio. - Enemas de glicerina laudanizados.—Inyecciones de cafeina.

6º. dia.—Demacracion notable; facies peritoneal pronunciada.—Los fenómenos anteriores aumentan; anuria; temperatura por la mañana 37º2, por la tarde 38º; pulso 98, respiraciones 20.—El mismo tratamiento.

8º. dia.—Temperatura 38º. Pulso débil, blando, frecuente (140 por minuto), muy depresible; tendencia á la embriocardia; inyeccion de cafeina y éter. A las 8 p. m. 37º6, pulso filiforme.—A las 11 p. m. 36º3; desaparicion del pulso en las radiales,—ritmo fetal del corazon (170 al minuto).—Muere en colapsus á la 11 y 35'.

La autopsia, practicada al siguiente dia, reveló una peritonitis purulenta como causa de la muerte. Habia gran cantidad de líquido, de mal olor, de color chocolate con tintes verdosos, colectado hácia los flancos, de consistencia espeso, pegajoso. Los intestinos hiperemiados, soldados entre sí y á los órganos vecinos, enormemente distendidos, encerrando gases de olor infecto. El pediculo bañaba en un medio líquido de coloracion negruzca.

Extraídos los órganos genitales por medio de una disseccion prolija, se notó la conformacion normal de la vagina, en cuyo fondo se presentaba el resto del cuello, reformado, y por detrás, el pediculo reblandecido de la histerotomia.

Los demás órganos no presentaban nada de anómalo; las dimensiones de la pelvis no fueron tomadas.

El niño, en perfecto estado de salud, fué enviado á la Casa de Expósitos.

Tal es, en resúmen, la historia de nuestro caso, con las consideraciones en que su estado nos ha obligado á entrar.

Hemos tratado de ser breves, pues tan solo nos guia el deseo de que la observacion sea conocida, aunque ella no fuera interesante más que por su extrema rareza.

Justo es, nos parece, que en la hora actual tratemos de sacar nuestras enseñanzas de un capital que nos pertenezca.

Buenos Aires, Enero 20 de 1895.

LA SEROTERAPIA EN LA DIFTERIA

Por el doctor MIGUEL FERREYRA

Entre las numerosas aplicaciones del serum de Behring, que he tenido ocasion de hacer desde mi venida de Europa, merece especial atencion la observacion siguiente, por tratarse de condiciones hasta cierto punto excepcionales, dado el carácter que la difteria habia tomado en una casa, formando un verdadero foco infeccioso en que *siete* personas (seis hijos y la madre) han contraido el mal, siendo el serum empleado en algunos, y el tratamiento local solamente, en otros, á causa de la escasez del medicamento, y tambien por haberse allí empleado por primera vez el serum de Behring entre nosotros como remedio preventivo, con un resultado tanto más halagador, cuanto que se podia seguir y confrontar sus efectos con otros individuos sometidos á las mismas condiciones y exposicion al contagio y que servian de testigos á la observacion.

Para la historia clínica de estos casos, que por su número han presentado el carácter de una epidemia en una familia, cedo la palabra á mi distinguido colega el doctor Pedro Mendez, médico de cabecera, y que con tanto celo y minuciosidad ha sabido recoger todos los datos necesarios para esa historia.

Habla el doctor Mendez:

El 11 de Diciembre ppdo., á las 7 p. m. fuí llamado por la familia del señor N. N. para ver un niño que se encontraba enfermo de la garganta, y segun se me decia, bastante mal. El niño forma parte de una numerosa familia á la que siempre he prestado servicios profesionales.

Acudí al llamado encontrando al niño Ricardo, de dos años y diez meses de edad, de constitucion robusta y sin antecedentes patológicos personales ni hereditarios, atacado de un mal que la madre relacionaba así: en medio de la más perfecta salud, el niño presentó fiebre la noche del 11, manifestándose intranquilo, sin sueño, con respiracion algo fatigada, tos ron-

ca y sudores. Le fué administrado por la madre á la misma hora un vomitivo de ipeca, el que produjo bastantes vómitos y tranquilizó un tanto al enfermo que durmió durante dos horas, aunque siempre con alguna dificultad respiratoria y accesos de tos ronca.

En la tarde del siguiente dia, todos los síntomas se reagravaron, sobre todo la disnea, notándose en ambos lados del cuello una hinchazon debajo de las parótidas.

El exámen de la garganta dió á conocer una extensa tapizacion por falsas membranas que cubrian las amígdalas, velo del paladar y úvula; siendo muy adherentes, de color blanco ceniciento.

Un líquido amarillento muy fétido salia de las fosas nasales y el infarto del cuello se pronunciaba cada vez más en ambos lados, haciéndose doloroso.

Temperatura, 40°. Deglucion difícil, tos ronca, disnea intensa.

El niño está triste y abatido, cambiando constantemente de posicion sin poder mantener el decúbito dorsal por más de 15 minutos. Piel de la cara y miembros muy sudorosos. Pulso frecuente (122 pulsaciones) é irregular.

El diagnóstico clínico se imponia y manifesté á la familia que se trataba de un caso grave de difteria que se habia propagado á la laringe, es decir, crup diftérico.

Ordené un nuevo vomitivo y curaciones locales con sulforicinato sódico fenicado al 3 por 20 cada tres horas; irrigaciones y lavajes nasales y bucales con agua de cal y bicarbonato sódico alternando con agua boricada al 30 por 1000. Corbata de hielo al cuello y revulsion al pecho con franelas calientes y rociadas con trementina.

Alimentacion sustanciosa y alcohol. A las 12 de la noche y á pesar del tratamiento continuado, el estado era cada vez más grave porque la respiracion era más difícil, existiendo tiraje epigástrico.

A la mañana siguiente vimos al enfermo con el doctor Coelho, quien asintió á mi diagnóstico y pronóstico, decidiendo, en vista de la dificultad respiratoria por la laringo estenósis, que

producia ya la cianosis y enfriamiento de las extremidades, practicar la traqueotomia, lo que se hizo ya en pleno período asfíxico, falleciendo el niño á las 11 de la mañana.

Desde ese momento el mal hace presa en otros niños, hermanos del muerto, á pesar de todas las medidas tomadas desde el primer momento: aislamiento en la misma casa, lavatorios desinfectantes en la garganta, baños generales con bicloruro, cambio de ropas, esterilizacion de los productos del enfermo, etc., etc.

Dos dias despues del fallecimiento del primer enfermo, habia ya *siete* atacados del mal en la misma casa, no escapando sinó tres que se sacaron y llevaron lejos del foco contagioso.

El exámen bacteriológico dió á conocer la existencia en todos los casos del baccilo de Loeffler en gran cantidad y asociado con otros microorganismos.

En vista de la gravedad del mal, y su rápida propagacion, se decidió llamar al doctor Ferreyra, que en esos dias llegaba de Europa despues de estudiar la difteria y su nuevo tratamiento con el suero de que él era portador á nuestro país.

El doctor Ferreyra, practicó dos inyecciones en dos niños, la una curativa á un enfermo y la otra preventiva á un caso que debia ser aislado ese mismo dia en compañia de otro que no se inyectó por carecer de suero.

Inoculacion preventiva.—Domingo N., 14 años de edad, temperatura linfática, constitucion regular, muy predispuesto á contraer anginas catarrales, por lo que le presté asistencia en dos veces distintas durante el pasado invierno, presentando una hipertrofia de las amígdalas. Teniendo en cuenta estos antecedentes, fué elegido este niño para ser inoculado preventivamente, recibiendo cinco gramos de serum número 1, de Behring, el dia 16 de Diciembre en que salió de la casa para ir á Belgrano.

Durante los ocho dias que siguieron á la inyeccion, este niño fué observado por mí sin notar nada general ni localmente que indicara un estado enfermizo y el sitio de la inyeccion no presentó ni tumefaccion ni dolor alguno.

El mismo dia fué traido nuevamente á la casa infectada, permaneciendo hasta hoy sin presentar novedad.

Inyeccion curativa hecha por el doctor Ferreyra.—El mismo dia que era inoculado el anterior, lo fué tambien el niño Alejandro, de 3 años y medio, de buena constitucion, que estaba atacado desde hacia dos dias, de difteria faríngea, presentando una gran placa en la amigadala izquierda y dos en la derecha;—temperatura 38°5, ligero infarto ganglionar. No hay albúmina en la orina.

Despues de inyectado se continuó el tratamiento local descrito anteriormente y la alimentacion tónica.

Dia 16.—8 p. m., temperatura 38°. No se nota alteracion en la marcha, continuándose el tratamiento local.

Dia 17.—1 a. m., temperatura 38°. Se consigue desprender algunas membranas que parecen menos adherentes.

Mismo dia 9 a. m.—Igual estado. Solo se consigue que se alimente mejor.

3 p. m., temperatura 38°2. La garganta mejor, se desprende una gran placa de la amigdalena izquierda. Se alimenta y duerme, no hay albúmina.

Dia 18.—8 a. m. La garganta casi limpia. Muy poco infarto ganglionar.

6 p. m. Se disminuyen los toques locales en vista de la mejoria, haciéndose cada 5 horas; temperatura 37°5, pulso 94. El niño está contento, habla claro y juega.

Dia 19.—Solo se vé en la amigdala izquierda una pequeña reproduccion de falsa membrana que se desprende fácil. Orina y pulso normales; temperatura 37°5.

Dia 20.—El mismo tratamiento, sin novedad.

Dia 21.—8 a. m. Aun hay pequeñas placas. No hay infarto. Estado general muy bueno, temperatura 37°.

Dia 22.—Sin novedad.

Dia 23.—La garganta está perfectamente limpia; temperatura normal. Se suspende la curacion con sulforicinato, dejando solo las irrigaciones con agua de cal y agua fenicada al 3 °/oo.

Los dias 24, 25 y 26 el estado es cada vez mejor, y le doy de alta haciéndolo dejar la cama y no presentando ninguna alteracion que pueda atribuirse á la pasada dolencia.

Inyeccion curativa.—El niño Juan, de 8 años, buena constitucion, fué inoculado por mí el dia 18, recibiendo sucesivamente cinco inyecciones de un gramo cada una con la jeringa de Pravaz y con el serum núm. 2, de Behring.

Desde el dia 16 se notó la difteria en este mismo niño que presentaba placas en las amígdalas con temperatura de 38°5 y ligero infarto cervical.

Se hizo el mismo tratamiento local y á las 30 horas de la inyeccion se vió desprenderse las falsas membranas al par que los demás síntomas disminuian rápidamente, quedando curado el enfermo el dia 25.

Hasta aquí la observacion del doctor Mendez, á la que se pudiera agregar muchas consideraciones de órden comparativo dadas las condiciones en que se ha empleado el serum en que podia verse la marcha de la afeccion en distintas condiciones de tratamiento, aunque sujeto á las mismas en cuanto á medio infeccioso.

Buenos Aires, Febrero de 1895.

MEDICINA PRÁCTICA

Nuevo tratamiento de los derrames pleurales

Es bien sabido que muchos de los inconvenientes de que se acusa á la toracentesis provienen de las perturbaciones mecánicas que la salida del líquido ocasiona en la circulacion, largo tiempo dificultada por la estagnacion del derrame. Muchos procedimientos se han propuesto con el objeto de garantir contra esos accidentes: la extraccion en varias sesiones sucesivas, la inyeccion de aire esterilizado, etc.; ninguno ha dado resultados prácticos.

No parece suceder lo mismo con el nuevo método que el profesor Levachoff (de Kasan) propuso al X Congreso Internacional reunido en Berlin y que ha descrito y fundado despues en la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* y en el *Vratsch*, habiendo insistido últimamente en los Nos 42 y 43 (1894) de este periódico.

Consiste el procedimiento en reemplazar el líquido, á medida que es extraido, por una solucion fisiológica de sal marina (5 por 1000), perfectamente esterilizada, que evita los fenómenos mecánicos aludidos y que es rápidamente absorbida. Levachoff ha creido observar posteriormente que la expresada solucion tiene un poder antiflogístico bien neto y la ha inyectado igualmente en casos en que, habiendo poco líquido, el proceso parecia continuar agravándose. En las dos observaciones que cita, ni los revulsivos más enérgicos, ni el salicilato de soda á alta dósis, ni la toracentesis simple habian producido mejoria alguna, hasta que, usado el procedimiento del autor, mejoraron y curaron rápidamente.

Ultimamente, Levachoff ha usado su procedimiento, con buen éxito, en un caso de pleuresía purulesia. Esto demuestra, segun él, que no siempre la pleura se transforma en esos casos en una membrana piógena aun despues de un contacto prolongado con pus, y que las inyecciones repetidas de la solucion de cloruro de sodio pueden producir la detencion del proceso mórbido. Es menester en este caso para obtener buen resultado, que la evacuacion del pus sea lo más completa posible porque cuando éste queda, aun diluido por la inyeccion, mantiene el estado inflamatorio y la cavidad vuelve á llenarse rápidamente.

El profesor Maragliano, de Génova, ha tratado por el método de Levachoff, (1) ocho enfermos, curando todos rápidamente, si bien tuvo que repetir en algunos la operacion; en este caso, el líquido obtenido por la segunda puncion era de menor densidad que el dado por la primera. Maragliano cree que la reaccion alcalina del líquido debe favorecer los fenómenos osmóticos y usa, en vez de la solucion fisiológica de cloruro de sodio, un líquido conteniendo 0.75 % de cloruro de sodio y 0.5 á 1 % de bicarbonato de soda.

Yalovoï, de Charkof, describe en la recopilacion del profesor Obolensky, aparecida el año pasado, dos casos de pleuresia sero-purulenta en que todos los procedimientos ordinarios habian fracasado y en que el método de Levachoff condujo á una curacion rápida.

---

(1) La thoracentesi col metodo Lewachew—Lezione di chiusura—1891-92.

En los enfermos de Maragliano y de Levachoff, la inyeccion intrapleural fué seguida de una elevacion de temperatura, de corta duracion, pero más ó menos neta, aun cuando habia apirexia completa en el momento de la toracentecis; este fenómeno se explica, segun ellos, por la absorcion de una parte del líquido contenido en la pleura, pues el mismo hecho se observa cuando se inyecta soluciones semejantas en las venas.

Quien quiera experimentar el método de Levachoff, no olvide de ser escrupuloso en la esterilizacion perfecta de la solucion y aparatos y en la asepsia de la operacion; evite tambien cuidadosamente la introduccion de aire en la pleura.

ACTUALIDADES

Las inoculaciones anticoléricas en el Indostan

M. Haffkine, que desde 1893 prosigue con loable celo sus investigaciones en la India inglesa sobre la inoculacion de su virus anticolérico, acaba de comunicar al Congreso de Calcutta el resúmen de los resultados obtenidos durante estos dos años últimos.

Recordemos que el método está basado en el cultivo del bacilo coma en el peritoneo de los cobayes, de manera á trasformar la virulencia del microbio en un virus vacuna de intensidad fija. Obtiene así dos virus atenuados, de intensidad diferente, capaces de proteger á los animales contra todas las formas de infeccion mortal del virus colérico. La inocuidad de estos dos virus ha sido establecida desde luego por experiencias hechas sobre sí mismo y sobre diversas personas de su laboratorio.

Establecido este punto, para demostrar los efectos preservativos de la vacuna, era necesario experimentar en un país en que el cólera es endémico. Aquí la primera dificultad era convencer á los habitantes de la necesidad de dejarse vacunar en masa, condicion necesaria para hacer la prueba.

Durante el primer año, Haffkine no ha podido sino vacunar un poco al acaso á las personas de buena voluntad que se le ofrecian en las provincias del Nord-Oeste y del Pendjab.

El total de los sujetos inoculados en el Alto Indostan ha

sido de 22.603. Además, 9.653 personas han sido vacunadas en el Bengala, el Behar y el Assam. Lo que dá un total general de 32.168 inoculados.

Los dos tercios próximamente de estos inoculados han recibido el segundo virus, de cinco dias á dos meses despues del primero. Se ha tomado notas sobre todos estos casos.

Pero por diversas razones, hasta Marzo del 94, no ha sido posible practicar inoculaciones preventivas en el foco mismo de una epidemia colérica. Es solamente en esta fecha que con ayuda del doctor Simpson, 1000 inoculaciones han podido ser hechas en diversos barrios infectados de la ciudad de Calcutta. Durante el año 1894, 3748 personas se han presentado para la vacunacion en esta ciudad.

En un barrio infectado, cada casa, dice Haffkine, es en cierto modo un campo de experiencias. Inoculando un cierto número de habitantes de cada una de ellas, hay alguna probabilidad de poder comparar los efectos de la enfermedad en los sujetos inoculados y en los no inoculados, quedando las mismas las otras condiciones de vida, de posicion social, de alimentación, de bebida.

Este razonamiento no es de un rigor absoluto; pero es indudable que la experiencia así hecha concluiria por tener cierto valor si se realizara sobre millares de personas. Desgraciadamente el número de los casos observados por Haffkine es bastante restringido.

En 13 casas, representando una poblacion de 181 habitantes, el cólera apareció de 2 á 180 dias despues de las inoculaciones. El número de las personas inoculadas en estas casas era de 85; no hubo entre ellas sino un caso de cólera — es cierto que fué mortal—lo que no es ya muy tranquilizador, ó sea una proporcion de 1.18 %. Entre las otras 96 personas no inoculadas, 15 fueron atacadas, ó sea 15.63 %; hubo 11 muertos ó sea una mortalidad de 11.63 %.

En Agosto de 1894, una epidemia colérica sobrevino en la guarnicion de Cawmpore, compuesta de 872 soldados. 75 de éstos habían sido inoculados por Haffkine, 13 meses antes; ninguno fué atacado. Hubo 19 casos con 13 muertos, todos en los soldados no inoculados.

En Lucknow, los resultados fueron menos satisfactorios. Sobre 640 no inoculados, hubo 120 casos ó sea 18.75 %, y 79 muertos ó sea 12.34 %. Sobre 133 inoculados, hubo 18 casos

ó sea 13.53 % y 13 muertos ó sea 9.77 % del total de los inoculados. La mortalidad de los inoculados es aún mayor (70 %) que la de los no inoculados (65 %).

No se puede decir si las inoculaciones de Haffkine protegen contra el cólera, pero ellas no parecen en todo caso atenuar la gravedad del mal. Es cierto que segun Haffkine, el mal éxito de la experiencia de Luknow se debe á la debilidad del virus empleado.

Sea lo que fuere, el total de las experiencias dá las cifras siguientes:

	Número	*Casos*	*Porcentaje de los casos al total*	*Muertos*	*Porcentaje de los muertos al total*
No inoculados..	1735	174	10.63	113	6.51
Inoculados.....	500	21	4.20	19	3.80

Haffkine mismo no se cree autorizado á sacar otra conclusion que esta: la inocuidad de sus inoculaciones en tiempo de cólera como en ausencia de epidemia.

(De la *Médecine Moderne*, 30 Enero del 95.)

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Preparados de suero sanguíneo como medio de curacion para las heridas

En el número de Noviembre último del *Therapeutische Monatsheft*, el Dr. Schleich describe ciertos medios de curacion aséptica para las heridas, así como medios para la aplicacion de drogas en la piel y mucosas superficiales accesibles.

El autor nos recuerda la necesidad de la asepsia indispensable para facilitar el progreso curativo de las heridas, cuyo objeto principal está en el hecho de no llevar ataque alguno á la proliferacion celular.

Siguiendo este propósito, Schleich ha preparado un polvo de suero sanguíneo esterilizado.

Despues de limpiar la superficie de las heridas, de un eczema ó de una úlcera, se polvorea y este polvo se seca al aire, formando una costra.

Tratándose de heridas sépticas, puede agregarse al polvo ácido bórico, yodoformo, etc.

El mismo polvo de suero sanguineo, recibe una aplicacion mas extensa en la forma de pasta serosa de Schleich hecha con el polvo estéril mezclado á cera, óxido de zinc y libre de agua.

La consistencia es la de la miel. Se la extiende fácilmente con un pincel, sobre la superficie herida donde forma rápidamente un tejido elástico. La pasta puede servir de vehiculo para drogas tales como icthyol, chysarobina, resorcina, lysol, etc. A la pasta puede además mezclarse mercurio en toda proporcion y tambien soluciones acuosas de sal amoniaco. La preparacion hallará en esta forma, una aplicacion extensa en la práctica dermatológica.

(*The Pharmaceutical Journal and Transactions.*)

Capraol

Este producto es una grasa de orígen vegetal cuya manera de preparacion se guarda en secreto: procede del aceite de palma. Se distingue por su punto de fusion poco elevado (30 grados) y por su punto de solidificacion (38 grados). Se solidifica en 10 minutos, lo que lo hace muy aplicable para la preparacion de supositorios, bugias, óvulos, etc. Para este objeto se le funde, se le adicionan sustancias medicamentosas bajo agitacion; despues á medio enfriar se le vierte en los moldes. Puede absorber hasta 50 % de soluciones acuosas y aún mas, despues de haber agregado 18 % de lanolina anhidra.

(*Pharm. Post.*)

Nuevo producto para curaciones

Kikusi de Tokio, ha llamado la atencion sobre el carbon de paja, como sustancia ventajosa para las curaciones, principalmente en tiempo de guerra. Se obtiene este carbon, quemando la paja en presencia de una cantidad de aire insuficiente.

La paja carbonizada es hidrófila y cuando se le emplea poco tiempo despues de haber sido obtenida ó despues de habérsele conservado en cajas de lata, satisface todas las exigencias de la asepsia. Lo mejor es aplicar el carbon de paja encerrado en sacos de tela.

Fischer, ha empleado este nuevo producto en la clínica de Tubinger, y le considera como útil para ser empleado ventajosamente.

(*Ann. Méd. Chir. de Liège.*)

Lysidina

El doctor Grawitz, de la clínica de Gerhardt (Berlin), ha usado este medicamento con buen resultado. Tiene mayor accion disolvente sobre el ácido úrico que la piperasina.

Recuerda dos casos en que la lysidina dió los mejores resultados. Se administró en la dósis de 1 gramo á 5 gramos por dia, con intermisiones. Se hizo una observacion laboriosa, y se determinaron cuidadosamente lo asimilado y desasimilado. Se halló que no aumentaba la secrecion de ácido úrico.

En el primer caso, el medicamento fué omitido por algunos dias, volviendo la enfermedad y desapareciendo tan pronto como el enfermo tomó de nuevo lysidina. En el segundo caso parece que las acumulaciones úricas (tophi) desaparecieron bajo el tratamiento. En un caso de reumatismo genuino no tuvo efecto alguno la lysidina. El doctor Grawitz describe la lysidina como cristalina de un color rojo claro, fácilmente soluble en el agua y de un tacto peculiar.

(*Deut. Med. Woch.*, Oct. 1º de 1894.)

Solucion contra la picadura de insectos

R.	Amoníaco líquido.....	15 gr.
	Collodion.....	5,00 »
	Ácido salicílico.....	0,50 »
	M. S. A. para uso externo.	

Se aplican sobre la picadura algunas gotas de esta solucion. Gracias al colodio, el amoníaco queda en contacto íntimo y prolongado con el punto picado.

(*Bulletin Commercial de l Union Pharmaceutique.*)

Accion de la malaquina

Por el Dr. Ferd Merkel

En el Hospital de Nürnberg se aplicó en diez y ocho casos de enfermedad la malaquina. Tratóse de dos casos de tifus abdominal, uno de neuralgia y quince de reumatismo articular, entre éstos, seis con complicacion endocardial. Merkel observó una accion moderada de la malaquina, libre de com-

plicaciones; solamente se observó con frecuencia una fuerte transpiracion. Las temperaturas pudieron rebajarse de 1,0 hasta 1,5 grados, pero no duró este descenso y no es de esperarse un efecto antipirético permanente. Pudo comprobarse un resultado indudable por parte del tratamiento en nueve casos de reumatismo y fué marcado el resultado en los casos complicados con endocarditis.

La malaquina parece prestar buenos resultados como anodino, pero es sin embargo menos eficaz que la antipirina, fenacetina y otros medios.

(*Therapeutische Monatsheft.*)

Sobre el diagnóstico del vibrion del cólera, en placas

Por Moritz Elsner

Las investigaciones del autor han tenido por objeto hallar un medio alimenticio transparente, licuecente y resistente al mismo tiempo á las temperaturas elevadas bajo cuya accion pudieran presentar las colonias de cólera, sus caracteres especiales en un tiempo de cultivo mas breve.

Nos limitaremos á indicar el mejor resultado obtenido.

Este se realizó por medio de una concentracion elevada de la gelatina sin agregado de agar. La gelatina al 25 % soportó una temperatura de 30°, pero resultó ser esta temperatura muy elevada para obtener colonias de los caracteres deseados. Bajo la temperatura de 27° ó á lo mas de 28°, las colonias son ya á las diez horas tán características, que facilitan un diagnóstico diferencial seguro; este estadio se conserva hasta por 24 horas.

La preparacion de esta gelatina de tan elevada concentracion, debe tener lugar bajo precauciones especiales. Deberá evitarse principalmente el calentamiento demasiado fuerte y demasiado largo.

(*Arch. Hyg.*, 1894, 123.)

Sobre la inmunidad específica del bacillus del tifus

Comunicacion provisoria del Profesor R. Pfeiffer

El veneno del bacillus del tifus se halla, para Pfeiffer, como el del bacillus del cólera unido al cuerpo de las bacterias y no pueden demostrarse su presencia en el líquido de una cultura fresca.

Se da muerte á las bacterias por medio de vapores de clo-

roformo ó por calentamiento durante una hora, sin que se destruya el veneno contenido en ellas.

En el suero de los animales que han sido inmunizados con este veneno, se encuentran cuerpos que tienen accion bactericida específica contra el bacillus del tifus. Este mismo suero no tiene accion alguna en los animales tratados con bacterias colli y otras análogas á las del tifus.

Por medio de estas antitoxinas de tifus, puede ser posible segun Pfeiffer, el distinguir el gérmen legítimo del tifus de todas las demás bacterias. Tambien la sangre de los reconvalecientes del tifus encierra estas antitoxinas.

Dirigiendo bien el proceso de inmunidad, pueden acumularse, segun se dice, las antitoxinas en la sangre, de una manera muy concentrada.

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1894, núm. 48.)

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Medicina, dirigido por Charcot, Bouchard y Brissaud. Traduccion española dirigida por el Dr. Rafael Ulecia y Cardona, fundador de la «Revista de Medicina y Cirujia Prácticas».—Preciados 33, Madrid. Tomo VI.—Nos basta con mencionar la aparicion del último volúmen de una obra demasiado conocida ya y apreciada para que haya necesidad de hacer notar su valor considerable. El tomo VI de la traduccion española, no es sino una parte del que lleva el mismo número en la obra francesa ; como habria resultado demasiado extenso en castellano, se ha preferido dividirlo en dos volúmenes, el último de los cuales aparecerá en breve. De mas está decir, dada la competencia de nuestro distinguido corresponsal Dr. Ulecia y Cardona, que la traduccion es correctísima y esmerada.

Enciclopedia de Ziemssen (tratado enciclopédico de patologia médica y terapéutica, bajo la direccion del profesor Ziemssen). Traduccion española del Dr. Francisco Vallina. Tomo XVII. Paseo de San Vicente núm. 20, Madrid. Tenemos que agradecer á otro corresponsal, el Dr. Vallina, el envio del último tomo publicado de la traduccion española de la famosa Enciclopedia de Ziemssen. Para nuestro público médico, la gran mayoria del cual no posee el

aleman, la tarea que el distinguido médico español se ha impuesto, es utilisísima, puesto que obra tan importante no ha sido vertida al francés, y si solamente al italiano.

Está demás todo elogio á una enciclopedia de renombre universal, escrita por los mas distinguidos profesores alemanes, y cuyos articulos se han hecho en su mayor parte clásicos.

El tomo XVII comprende los *Desórdenes generales de nutricion*, y está distribuido del modo siguiente:

Introduccion y generalidades, por *Immermann*.

Fiebre-Hidropesia, por *Liebermeister*.

Afecciones leves por enfriamiento, por *Seitz*

Enfermedades del aparato locomotor (reumatismo, artritis deformante, gota, raquitismo, etc.), por *Senator*.

Escrofulosis y afecciones de los ganglios linfáticos, por *Birch-Hirschfeld*.

Diabetes sacarina é insipida, por *Senator*.

NOTICIAS

Cambio de local. - En los primeros dias de Marzo, el Círculo Médico y las oficinas de los Anales se trasladarán al edificio social, Corrientes 2038, de que se ha recibido ya, á satisfaccion, la Comision de edificacion.

Pedimos pues, á corresponsales, suscritores, sócios, etc., que por cualquier motivo necesiten escribirnos, se sirvan dirigirse al domicilio indicado.

Exámenes en la Facultad de Medicina.—A consecuencia de la resolucion del Consejo Superior Universitario haciendo facultativo el rendir los exámenes en Febrero ó en Marzo, la mayor parte de las mesas no se reunieron en la primera fecha, protestando así contra una disposicion que todos los años viene repitiéndose en mengua de la seriedad con que deben ser observadas las prescripciones reglamentarias y perjudicando á la mayor parte de los estudiantes por pedido de un escaso número.

Suero antidiftérico en la Asistencia Pública.—Tenemos la satisfaccion de anunciar que dentro de breves dias, tres caballos quedarán enteramente inmunizados y aptos para dar suero en el Laboratorio de la Asistencia Pública.

Felicitamos al Dr. Mendez y sus distinguidos ayudantes, que han venido á demostrar de este modo la razon con que sostuvimos que era perfectamente posible obtener aquí suero antidiftérico.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 5

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO 15 DE 1895

Recordamos á los socios, corresponsales y suscritores que nuestras oficinas han sido trasladadas al edificio de propiedad del Círculo Médico, sito en la calle CORRIENTES, 2038.

GASTRO-ENTEROSTOMIA POSTCOLICA POR CANCER DEL PILORO

MUERTE DE INANICION AL QUINTO DIA

por el Dr. **Pedro Barbieri**

ex-Interno de los hospitales San Roque y Rawson

P. L., de 45 años de edad, hacendado, ingresó á la clínica presentando los síntomas que van á continuacion, característicos de un cáncer del piloro.

Debilidad general, demacracion considerable y rápida, pues, en 4 meses de enfermedad, ha disminuido cerca de 30 kilos; tumor del tamaño de un puño, situado en el epigástrio, movido por las pulsaciones de la aorta; dilatacion del estómago, aunque no muy acentuada; intolerancia por los alimentos sólidos y, en ocasiones, por los líquidos; vómitos despues de la comida, especialmente cuando los alimentos eran de cierta consistencia; constipacion habitual y, unido á todo este cuadro sintomático, tinte pajizo de la piel.

A más, había vomitado materias negras, análogas á la borra del café y en algunas deposiciones, habia encontrado la misma sustancia. Mencionaré, para terminar con el estado del enfermo, la existencia de un soplo no muy marcado cuando se aplicaba el estetóscopo sobre el tumor epigástrico, soplo único, sistólico y debido, esclusivamente, á la compresion de la aorta por el neoplasma.

La enfermedad databa solo de 4 meses y era imposible que fuera otra cosa que un cáncer del píloro.

Por más desconsoladoras que sean las estadísticas de las intervenciones en los casos de cáncer del estómago, no hay otro recurso contra esta terrible afeccion, tan mortífera cuando se localiza en un órgano de la importancia vital de esta víscera.

La intervencion era pues necesaria y por decirlo así, urgente, dado el estado desesperado del enfermo y el consejo de los cirujanos que tienen práctica en estos casos, de operar todo lo más pronto posible para tener probabilidades de éxito.

¿Debia hacerse la pilorectomia ó la gastro-enterostomia? Es la primera de estas intervenciones más radical y concede seguramente, una supervivencia más considerable; pero, requiere condiciones especiales, entre otras una muy difícil de encontrar en tumores de alguna edad, es decir, la falta de adherencias con los órganos próximos y notablemente, con el páncreas, cuya inclusion en la masa cancerosa agrava de un modo singular el pronóstico de la pilorectomia.

La gastro-enterostomia es solo paliativa y no permite una supervivencia que alcance á un año; pero es operacion de necesidad, cuando no se hallan presentes las condiciones propias á la pilorectomia, como en el caso presente, pues el tumor, aun cuando algo movible, era de gran tamaño y adheria al duodeno. Hubiera sido quizás posible hacer la pilorectomia con algun poco más de trabajo; pero se optó por la gastro-enterostomia y se hizo el dia 14 de Diciembre de 1893.

Abierta por una incision mediana la cavidad peritoneal y levantado el epiplon, se vió el tumor del píloro con los caracteres ya señalados, y numerosos gánglios infartados por todo el abdómen de volúmen bastante considerable. No habia lugar á dudas respecto á una pronta recidiva y sobre el carácter francamente paliativo de la operacion, exigida á todo trance por el enfermo, ya que no existia otro medio de prolongarle la vida.

Prefirió el doctor Llobet insertar el instestino delgado en la pared posterior del estómago, á pesar de los consejos de Socin y Kocher y otros, que prefieren la operacion llama-

da antecólica, por su facilidad mas grande y, por consiguiente, su menor duracion.

Incindió la mucosa de la pared posterior del estómago con el termo-cauterio en una extensión de ocho centímetros horizontalmente, despues de haber suturado en el sitio de la incision la serosa del estómago con la del intestino correspondiente.

Abierto el estómago, hizo lo propio con el intestino delgado y suturó comprendiendo el espesor de ambas paredes. Estas dos suturas eran contínuas, lo mismo que la de los lábios superiores de las dos heridas, y se hicieron con seda. Las suturas de los lábios superiores de las heridas estomacal é intestinal se hicieron en órden inverso á las primeras; es decir, primero, la que comprendia todo el espesor de las paredes y luego, el plano sero-seroso.

Se anudaron los extremos inicial y terminal de la sutura y se cerró luego la cavidad del peritoneo, habiéndose observado, por supuesto, durante la intervencion, todas las precauciones del caso; tales como la limpieza de la cavidad estomacal é intestinal con gaza iodoformada, etc.

El asa de intestino adaptada al estómago, era inmediata al duodeno; es decir, de las primeras del jejunio.

Se limitó la intervencion á lo ya descrito, por el estado del paciente, que quizá no hubiera resistido una más larga, aun cuando se pensó en hacer una entero-enterostomia, para impedir el paso de la bilis al estómago, evitando así las desagradables consecuencias de esta circunstancia.

Al dia siguiente de la operacion el estado del paciente era satisfactorio, pues solo tuvo dos ó tres vómitos biliosos. La alimentacion se hizo por la via rectal y aunque se consideraba insuficiente, no era posible pensar en otra, pues la menor cantidad de alimento líquido ingerido por la via bucal, provocaba vómitos.

Fiebre no habia.

A razon de tres enemas diarios estuvo los dos primeros dias sin conseguir levantarse de su estado de debilidad cada vez más alarmante. Los vómitos biliosos, hora por hora más frecuentes y más incómodos, ulceraron la boca y contribuian á aumentar las molestias.

El tercero y el cuarto dia el estado era el mismo; se trató de alimentarlo por la via bucal por no conservar el recto los

enemas alimenticios. Todo fué inútil. Hasta la administracion del Champagne helado producia vómitos, y el modo como únicamente pudo conservar por cerca de dos horas una taza de leche en el estómago, fué levantando con almohadas la cabeza y el tórax del enfermo.

Era imposible luchar contra estas causas de inanicion forzosamente fatales en un breve plazo como efectivamente sucedió. P. L. falleció de inanicion á los cinco dias de operado, sin haber tenido ni un solo grado de fiebre.

La causa ocasional del fin funesto ha sido, sin disputa, el paso de la bilis al estómago, paso inevitable á menos de haber completado la operacion con una entero-enterostomia ó usado el procedimiento de Kocher en la gastro-enterostomia antecólica.

Podia esperarse que la bilis siguiendo la parte declive del intestino, no pasara al estómago, pero desgraciadamente no fué así, y de cualquier manera, aun suponiendo que este inconveniente no hubiera producido el fin letal en tan corto tiempo, forzosamente hubiera tenido una influencia desastrosa sobre la digestion del individuo, acelerando de esta manera su muerte.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

DE LAS

BRONCO-PNEUMONIAS INFANTILES

por el Dr. **Gregorio Araoz Alfaro**

Profesor sustituto de Patologia general; Médico, por concurso, del servicio de niños del Hospital San Roque

---

Tan comunes son en nuestra ciudad las bronco-pneumonias y bronquitis capilares que, en el año 1893, ellas han constituido más del 11 % de la mortalidad general, si se agrega á la cifra de 1278, que las representa, las defunciones por coqueluche, sarampion é influenza que son, casi todas, determinadas por las complicaciones pulmonares aludidas. (1278+181=1459, en un total de 13.000 defunciones) (1).

---

(1) Este dato, como alguno de los siguientes, nos ha sido suministrado por el Sr. Emilio Besio y Almeyra, que acaba de presentar una tésis sobre la «Naturaleza y tratamiento de las bronco-pneumonias infantiles».

Con ocasion de nuestra estadística de fin de año, nos ha parecido útil, en vista de esa misma frecuencia, estudiar, siquiera sea ligeramente, algunas de las cuestiones que al tratamiento de las enfermedades expresadas se refiere.

En nuestras salas y consultorio del Hospital San Roque, hemos tratado el año 1894, 18 enfermitos de bronquitis capilar y *bronco-pneumonias simples* (llamamos así á las que no sobrevienen como complicacion de alguna enfermedad infecciosa sino simplemente de un catarro traqueal ó traqueo-bronquial); de esos 18 casos, 12 se han terminado por curacion y 6 por la muerte, lo que dá una mortalidad de 33 %.

Las *bronco-pneumonias por coqueluche* han sido en número de 6, de los cuales 3 curados y 3 muertos (mortalidad 50 %).

En las que complicaron al sarampion, fué mayor aún la cifra de mortalidad (75 %), puesto que sólo curó uno de los tres enfermos tratados.

Son pequeñas cifras y como tales no tienen sino una importancia muy limitada, pero adquieren mayor interés si se les une los resultados obtenidos en mi práctica civil.

Así, tendríamos que agregar en las bronco-pneumonias simples, 5 curadas y 2 terminadas por la muerte, lo que daria una cifra total de 17 curaciones y 8 defunciones, ó sea una mortalidad de 32 %.

En cambio, en las bronco-pneumonias por coqueluche mi estadística civil es mucho más desfavorable que la hospitalaria, contando solo una curacion y 4 muertes, cifras que sumadas á las del hospital, dan 7 defunciones en un total de 11 enfermos (casi 64 %); se ve así que el pronóstico es mucho peor en este caso, cosa bien sabida, por otra parte.

Lo mismo diré de las bronco-pneumonias morbillosas: tengo 1 curacion y 3 muertes en el público. Total: 2 curaciones y 5 defunciones (71 %).

Hagamos notar, eso sí, que se trata de bronco-pneumonias bien y debidamente constatadas; es muy frecuente, en efecto, encontrarse en el público con este diagnóstico y comprobar sin embargo, que se trata solamente de esos casos de bronquitis febril con focos congestivos, sobre que tanto ha insistido Cadet de Gassicourt, y que terminan por la curacion en unos cuantos dias. Ahora bien, no hay duda de que contando esos casos, se obtiene estadísticas muy favorables.

Raras veces en la clientela hospitalaria, hay oportunidad de tratar una bronco-pneumonia que se inicia; los enfermitos vienen ó con focos pneumónicos indudables ó con todos los signos del *catarro sofocante* bien constituido. Nunca hemos creído, pues, deber aplicar *ventosas escarificadas* ni mucho menos hacer *emisiones sanguíneas generales*, desaprobadas y condenadas por la gran mayoria de los autores, aunque algunos, como **Rilliet y Barthez,** crean que puede ser todavia un recurso excepcional.

Por lo general, hemos iniciado el tratamiento con la administracion de un *vomitivo* cualquiera que fuera la forma de la afeccion y con el propósito de llenar dos indicaciones: evacuar el exudado bronquial y disminuir la congestion pulmonar por la contraccion refleja de las arteriolas pulmonares que el acto del vómito determina. Siempre nos hemos servido para este objeto de la ipeca sola, si bien creemos que algunas veces, como dice **Hennoch**, puede hacerse mas segura su accion con pequeñas dósis de tártaro estibiado. Los vomitivos podrán repetirse una ó dos veces en el dia si es que se presentan de nuevo con alguna urgencia las indicaciones expresadas, reconociendo sólo una contraindicacion: la depresion considerable del enfermito. En este caso, el vómito no se produce ya y sólo se consigue diarrea que concluye por deprimir más todavia las fuerzas; **Sanné** ha insistido mucho sobre el agotamiento del poder vomitivo en estas condiciones.

Despues del vomitivo, administramos por lo general *estimulantes*: acetato ó clorhidrato de amoníaco, alcohol, extracto fluido de quina, licor amoniacal anisado, asociándolos casi siempre al *benzoato de soda*, muy preconizado de nuevo en estos últimos tiempos contra las afecciones catarrales de las mucosas respiratorias (**Ruault**, **Marfan**).

He ahí una fórmula así compuesta:

Acetato de amoníaco ó clorhidrato.	1 á 3	gramos (segun edad)
Benzoato de soda (obtenido por el benjuí).....	3 á 6	»
Agua destilada.....	80	»
Cognac, rhum ó aguardiente á 60º.	10	»
Jarabe de tolú.....	30	»

(Por cucharaditas cada 1 ó 2 horas.)

Hay, por lo demás, en los diversos casos, indicaciones distintas que es indispensable no descuidar.

Así, por ejemplo, en la forma que los autores llaman *asficia*, acompañada de gran dispnea, cianosis, etc., es útil mantener constantemente una *revulsion cutánea*, sea por medio de ventosas secas, de tintura de iodo en barnizajes repetidos ó de franelas empapadas en agua hirviendo y fricciones irritantes (trementina, Stokes, etc.); creemos preferibles en la gran mayoria de los casos las ventosas ó los otros procedimientos indicados porque pueden repetirse con frecuencia sin gran molestia para el enfermito. Pero últimamente nos hemos decidido por otro medio que puede asociarse á éste ó practicarse exclusivamente: la *envoltura hidropática fria del tórax* ó, mejor, del tronco.

No es un procedimiento nuevo, puesto que **Hennoch** lo preconizaba ya con entusiasmo, reconociéndole las ventajas de determinar profundas inspiraciones y luchar así contra la atelectasia que es una de las lesiones accesorias mas perjudiciales en la bronco-pneumonia; de hacer revulsion sobre la piel y, por último, de aumentar la humedad del aire por la vaporizacion constante de agua. Ahora bien, como Jürgensen lo ha demostrado, esta humedad es muy necesaria, porque si no existe, el exudado bronquial se deseca y la expectoracion es muy difícil é imposible.

Con todo, hasta hace poco tiempo, la envoltura fria no se habia extendido mucho fuera de Alemania. En Francia, ha sido últimamente muy encomiada por Le Gendre (1) quien ha hecho notar que este medio podia producir aún otro efecto útil: el de bajar la temperatura sensiblemente, siempre que sea renovada con frecuencia y se aplique sobre una superficie bastante grande.

Para poner en práctica este medio, se toma una pieza de gaza y se la pliega en muchos dobleces, de modo que su ancho venga á ser de, próximamente, la distancia desde el ombligo ó las ingles hasta las axilas. Se la empapa en agua fria á la temperatura ordinaria; se exprime ligeramente y se envuelve alrededor del tórax, aplicando por encima una tela impermeable: tafetan, guttapercha ú otra. Esta envoltura puede cambiarse cada 1 ó 2 horas, segun la intensidad de la fiebre y de la dispnea.

---

(1) Comunicaciones á la Sociedad Médica de los Hospitales, de París 16 de Marzo y 11 de Agosto de 1894.

Hemos podido comprobar la utilidad incontestable de estas aplicaciones frias y podemos confirmar, con trazados bien demostrativos, que la temperatura baja así como el número de respiraciones y pulsaciones; que la agitacion cesa y la tos se hace menos frecuente y más fácil.

Recientemente, un médico norte-americano, **Douglas Stewart** (1), insistia en la ventaja de esta envoltura fria, pero hacia notar tambien que los padres oponen bastante resistencia, y aconsejaba, muy útilmente en nuestro sentir, hacerlas con agua asociada á alcohol ó vinagre aromático, con lo que se satisface mejor las exigencias de la familia.

La gran mayoria de nuestros médicos consideran indispensable la aplicacion de uno ó varios *vejigatorios* sucesivos en la bronco-pneumonia. Y es justo, aunque un poco duro, decir que para un buen número, el vejigatorio es un agente obligado por el hecho mismo del diagnóstico, y cualquier periodo de la enfermedad es bueno para aplicarlo, siéndoles tambien indiferente que haya ó no focos de hepatizacion constituidos

Ciertamente los autores no dicen lo mismo, pero la mayoria de ellos, **Jules Simon**, **Cadet de Gassicourt**, **Rilliet y Barthez**, **Barth**, entre otros, creen que el agente aludido está indicado desde el momento en que puede afirmarse un foco neumónico y que debe perseguirse con nuevos vejigatorios cada foco nuevo de hepatizacion. Es cierto que **Jurgensen** habla con menosprecio de *esos medios de tortura*, y que **Le Gendre y Hutinel** los creen inútiles ó más bien perjudiciales porque debilitan y molestan al enfermo. **Henoch y Baginsky** son muy poco entusiastas.

Educado en la escuela de los primeros y acostumbrado por mis maestros á abusar de los vejigatorios, he venido, despues de una regular experiencia, á pensar de igual modo que los segundos. Prácticamente, jamás he reconocido efecto alguno benéfico imputable con seguridad al vejigatorio, y creo que, en conciencia, son muy pocos los médicos que podrian afirmar lo contrario.

«Todos mis bronco-pneumónicos curados, me decia en una consulta un médico distinguido, han curado con vejigatorios.» «Pero es que, le respondí, Vd. aplica vejigatorios á todos sus enfermos; entretanto, todos los curados en mi práctica, lo han

(1) «Semaine Médicale», 1895, núm. 1.

sido sin su aplicacion.» En casos como este, no es posible ni siquiera recurrir á la estadística, porque nada hay tan variable como la intensidad, forma y gravedad de las bronco-pneumonias, y si hubiéramos de atenernos á los datos de nuestros hospitales, la ventaja estaria de nuestro lado.

Examinada teóricamente la cuestion ¿qué objetos se propone conseguir con el vejigatorio?

¿Disminuir la congestion? Para eso disponemos de medios de accion mas constante y menos dolorosa: ventosas secas, envoltura hidropática, etc.

¿Resolver un foco de hepatizacion ya formado? Seria desconocer enteramente el proceso anatómico pulmonar creer que tal resultado puede alcanzarse.

¿Impedir la formacion de nuevos focos? He citado muchas veces á algunos estudiantes un hecho que, á mi modo de ver, tiene todas las condiciones de una experiencia. Asistia un niñito afectado de bronco-pneumonia de focos diseminados, pero limitados todavia á un solo lado y confluentes (pseudo lobar) en un lóbulo; á instancias del médico consultor, aplicamos un gran vejigatorio sobre el lado enfermo; 24 horas despues, en plena supuracion de la herida terapéutica, focos aparecian y confluian rápidamente en el otro pulmon.

Si alguna duda me quedara respecto de la utilidad del vejigatorio, seria en las bronco-pneumonias pseudolobares y solo para apresurar la resolucion; eso mismo me parece muy discutible. (Dado el modo cómo he encarado la cuestion, no he querido traer á la discusion los numerosos hechos experimentales negativos de la accion atribuida á los vejigatorios).

Otra de las prácticas usadas constantemente entre nosotros y tambien aconsejada por casi todos los autores, es la administracion de espectorantes. He visto numerosos casos en que esta conducta se ha observado y mis maestros en enfermedades de niños, los distinguidos Dres. Blancas y Larguia, los usaban como los demás médicos; yo mismo los he prescrito durante mucho tiempo y debo declarar que jamás he podido atribuirles beneficio alguno ni he notado diferencia apreciable entre los enfermitos que tomaban expectorantes y los que no hacian uso de ellos.

Teóricamente, si es que aumentan la expectoracion, hay que admitir que lo hacen mediante una congestion mayor, sobre todo el ioduro de potasio, tan usado en estos casos por todos

los médicos. Ahora bien, como sostiene **Douglas Stewart** (ya citado), es muy lógico pensar que ese aumento de congestion puede aumentar los trastornos mecánicos de la respiracion. Agregaria que quizá, congestionándose territorios vecinos, se facilite la formacion de nuevos focos por la infeccion que el microbio determinaria más fácilmente. Creemos pues, preferible, abstenernos de los expectorantes aunque no fuera más que para no fatigar al estómago, cuya conservacion en integridad funcional es indispensable.

Debo ocuparme ahora de otro de los medios más poderosos de accion con que contamos: los *baños*. Haremos notar que usando la envoltura hidropática fria del tórax, en la mayoria de los casos, los baños se hacen innecesarios, puesto que la accion que de ellos nos prometemos es la misma que la de la envoltura: descenso de la fiebre, estímulo del sistema nervioso, de la respiracion y de las funciones cutáneas, excitacion momentánea de la tos y calma consecutiva.

No obstante, la depresion puede llegar á ser tan grande que sea menester recurrir á los baños tibios ó mas bien calientes y sinapizados.

En opuesto sentido, la temperatura puede llegar á cifras tan elevadas, la agitacion hacerse tan grande, que no haya otro recurso que administrar sin tardanza baños tibios, templados ó frios. Los primeros reunen mas partidarios y son, excusado es decirlo, más facilmente aceptados por las familias. **Le Gendre, Hutinel, Barth, Cadet de Gassicourt** los emplean frecuentemente y, como dice este último autor, no conocemos sedante más poderoso. Unos comienzan por baños á dos ó tres grados menos que la temperatura del niño y van bajando la temperatura del agua hasta alcanzar, en 20 minutos más ó menos, 25°; otros dan los primeros baños á 34° y los siguientes á 30° ó 25°. Conceptúo este último método más provechoso y creo que los baños apenas templados ó frios serán los únicos indicados si no basta la envoltura hidropática fria. La única contraindicacion (no absoluta á mi modo de ver) seria la depresion cardiaca muy marcada; en todo caso, no debe olvidarse de dar, antes y despues del baño, segun el consejo de Jürgensen y otros, un trago de vino ó de un licor alcohólico. Como medicamentos antipiréticos el único que puede usarse es la *quinina*, que algunos alaban tambien como tónico.

En caso de debilidad cardíaca muy acentuada, no hay que olvidar las *inyecciones de cafeina*, de *alcanfor* (en éter ó aceite), de *éter*, *cognac*, etc.

Los *antiespasmódicos* (cloral, bromuro, belladona, ópio), no son jamás necesarios si se usa la envoltura fria, los baños ó la *sábana mojada* (drap mouillé), recomendada por algunos con entusiasmo (**Rendu**, entre otros), pero que consideramos menos cómodo que los anteriores. Recuérdese por lo demás, que los antiespasmódicos ó sedantes pueden ser perjudiciales, disminuyendo la tos y favoreciendo la atelectasia.

Los cuidados higiénicos que ponemos en práctica son bien conocidos; temperatura uniforme (á 14º ó 18º) pero sobre todo aire puro; Jürgensen dice, con mucha razon, que entre el aire frio y puro y el caliente é impuro, no hay que vacilar para escoger el primero.

Ya dijimos tambien que este eminente médico recomendaba muy especialmente mantener húmeda la atmósfera de la habitacion, haciendo vaporizar agua ó cocimientos aromáticos, como aconsejan muchos médicos.

La aereacion debe ser esmerada; si se puede, se cambiará de habitacion todos los dias; en caso contrario, se ventilará frecuentemente la pieza.

Hay que hacer cambiar con frecuencia de posicion al enfermito para evitar congestíones hipostáticas.

Alimentacion ligera y nutritiva; bastante alcohol. Es útil mantener calientes las extremidades inferiores y á ese objeto puede usarse las botas de Julio Simon.

Debe mantenerse libre el vientre, empleando, si es preciso, enemas ó laxantes suaves. Con frecuencia no estaria de mas la antisepsia intestinal.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

DIFTERIA Y SEROTERAPIA

Discusion en la Sociedad Imperio-real de los médicos de Viena

SESION DEL 11 DE ENERO

Heim ha tratado hasta el 4 de Noviembre del 94, 27 diftéricos por el suero de Behring, de los cuales 20 han curado, 6 han muerto y 1 queda en observacion (mortalidad de 22.2 %). A partir de esa fecha, el tratamiento ha sido interrumpido por falta de suero y, desde entónces, sobre 32 casos de difteria, ha habido 21 muertos (65.6 %). Despues de la llegada de una nueva cantidad de suero, el tratamiento antitóxico, ha dado sobre 21 enfermos, 4 muertos y 5 curaciones, quedando 12 en tratamiento, pero 10 con terminacion favorable segura (mortalidad probable 28.5 %).

Entre los casos tratados por el suero, 15 presentaban el bacillus de Löffler solo, 6 este mismo agente asociado á estafilococos y 1 estafilocos solos. La albuminuria, observada en 8 enfermos, existia ya antes de iniciar el tratamiento.

En el curso de los últimos 10 años, 1695 diftéricos fueron tratados en el servicio de Heim, dando una mortalidad de 51,1 %.

Los mejores resultados del tratamiento por el suero son obtenidos en los casos en que se comienza el tratamiento en los primeros dias de la enfermedad. La accion del suero sobre el estado general es notable; menos considerable la accion local. En suma, Heim estima este tratamiento superior á todos los demás.

Monti ha tenido sobre 25 casos un solo muerto. Para obtener una estadística homogénea, Monti distingue tres formas de difteria: una fibrinosa, debida exclusivamente al bacilo de Löffler; una flegmonosa, producida por el mismo bacilo asociado á los estreptococos; y una gangrenosa ó séptica, caracterizada, además de los microbios precedentes, por estafilococos, diplococos y algunos otros bacterios. Sobre los 25 casos, habia 11 de difteria fibrinosa y 14 de infeccion mixta. En 9

casos, los bacilos desaparecieron al mismo tiempo que los sintomas locales; en 14 persistieron algun tiempo despues.

La accion local del suero ha sido pronunciada en las difterias fibrinosas; menos neta en las flegmonosas; en cuanto á la forma gangrenosa, el orador duda que pueda obtenerse resultado favorable. Monti hace notar que sobre sus 25 enfermos, 12 han presentado parálisis que han sobrevenido en una época muy precoz y han invadido varios grupos de músculos. Parece haber cierta relacion entre estas parálisis y el tratamiento antitóxico, pues ellas han sido observadas sobre todo en los enfermos que han recibido grandes dósis de suero. En 13 casos ha habido una albuminuria pasajera; mas raras veces exantemas escarlatiniformes.

Unterholzner ha tratado por el suero 36 diftéricos, de que 25.80 % han muerto; sobre 30 enfermos tratados por distintos medios, 66.7 % han sucumbido; es bueno notar aún, que vista la pequeña provision de suero, no se ha tratado sino casos graves.

SESION DEL 18 DE ENERO

Kassowitz hace notar que las bases experimentales sobre las cuales Behring ha fundado su tratamiento antidiftérico, son muy hipotéticas. Behring ha empleado para sus experiencias el cobaye; sobre 12 de estos animales que han recibido inyecciones preventivas de suero, 8 han muerto; de 21 que han recibido la toxina y la antitoxina al mismo tiempo, 12 han sucumbido; sobre 7 cobayes tratados con la antitoxina despues de la infeccion, 6 han muerto y 1 solo ha curado. He ahí los hechos experimentales sobre que se apoya Behring cuando pretende bajar á 0.7 %, por medio de su suero, la mortalidad de la difteria!

Los ensayos en el hombre han mostrado desde luego que *el suero de Behring no poseía propiedades inmunizantes:* de otro modo ¿cómo explicarse que sobre 67 niños á que un médico de la Bukovine ha hecho inyecciones preventivas de suero, 13 han tenido difteria, habiendo muerto 2? ¿Cómo explicar igualmente los casos de recidiva sobrevenidos despues del tratamiento antitóxico? En estos casos, los niños han

recibido no solamente el suero, sino aún la sustancia antitóxica que, segun la teoria de Behring, se produce en el organismo de los sujetos atacados de difteria.

Si el suero no tiene valor inmunizante, *no se puede, por otra parte, reconocerle una accion curativa.* Por lo demás, ¿no han notado varios observadores casos de muerte, aun cuando el tratamiento antitóxico habia sido instituido desde los primeros dias de la enfermedad? Behring estima que, en estos casos, no es el bacilo diftérico, sino el estreptococo, la causa de la muerte. Ahora bien, varios autores, tales como Washbourn, Genersich, etc., han demostrado que el bacilo diftérico puede tambien provocar septicemias y que el estreptococo no juega el rol que generalmente se le atribuye en la difteria. Además, se ha descrito varios casos de muerte por parálisis cardíaca y se ha notado igualmente parálisis post-diftéricas.

En fin, Kassowitz añade que no ha observado los efectos favorables atribuidos por otros autores al suero antitóxico sobre el estado general y local de los enfermos. Si el tratamiento antitóxico procura resultados tan satisfactorios sobre la difteria, como se pretende, necesariamente la mortalidad debe disminuir. Ahora bien, esta disminucion, observada hasta aquí exclusivamente en los hospitales de niños, no es sino aparente porque el número de los casos de difteria tratados en los hospitales ha aumentado considerablemente por causa de la introduccion del tratamiento antitóxico. Además, mientras que antes no se enviaba á los hospitales sino los casos mas graves, se admite allí ahora aún los casos mas leves, á fin de que sean tratados desde el principio. Si se compara la mortalidad por difteria en Viena en los últimos años con la mortalidad de las últimas diez semanas, época desde la cual se aplica el tratamiento antitóxico en los hospitales y en el público en una gran escala, no se encuentra diferencia sensible.

SESION DEL 25 DE ENERO

Drasche, prosiguiendo la discusion sobre la seroterapia de la difteria, dice que *esta medicacion no satisface las esperanzas que habia hecho concebir.* Como varios otros auto-

res, ha observado, á consecuencia del tratamiento antitóxico, diversas complicaciones, tales como eritemas, urticarias, exantemas morbilliformes ó escarlatiniformes, hemorragias cutáneas, todo ello acompañado de síntomas generales, de albuminuria, etc. Estos accidentes son mas frecuentes y mas graves que antes de la institucion del tratamiento antitóxico. El fracaso de las inoculaciones preventivas y las recidivas observadas en algunos casos de difteria tratados con el suero antitóxico, son otras tantas pruebas de que este suero no posee accion inmunizante. La estadística no prueba nada porque se trata por el suero un gran número de casos leves. El orador ha tenido ocasion de observar 31 casos tratados por el suero *sin haber podido constatar la menor modificacion en la marcha de la enfermedad.*

Kolisko hace notar que en 75 autopsias de niños que habian sido tratados por el suero antitóxico, las falsas membranas han sido menos adherentes y trasformadas en una masa mucosa ó lechosa. En revancha, el suero no parece tener accion alguna sobre las lesiones de bronco-neumonia ni sobre las degeneraciones viscerales. Los riñones presentan las mismas alteraciones que en los casos tratados sin suero. La reaccion local, al nivel de la inyeccion, varia mucho: en algunos casos, es una simple tumefaccion de los tejidos, en otros una hemorragia mas ó menos profusa; en otros, en fin, se forma un abceso y aún un flemon.

Paltauf muestra conejos inyectados con virus diftérico, algunos de los cuales han sido tratados por el suero y los otros dejados sin tratamiento. Estos últimos presentan el cuadro de una enfermedad muy grave, mientras que los primeros están bien sanos.

Von Widerhofer mantiene sus anteriores aserciones; agrega que el efecto inmunizante del suero de Behring es considerable; sobre 53 niños que ha inyectado preventivamente con el suero, solo 1 ha tenido una difteria leve, que se ha terminado por curacion al cabo de algunos dias.

SESION DEL 1º DE FEBRERO

Kassowitz hace notar que los resultados necroscópicos relatados por Kolisko en la última sesion, prueban que el suero antitóxico es impotente para reducir la mortalidad por la

difteria. Está establecido por lo demás, que Behring no ha hecho otras experiencias que las referidas en su primera comunicacion, experiencias realizadas sobre 7 cobayes, 6 de los cuales han muerto y solo uno curado. En cuanto á los buenos resultados constatados por Widerhofer, se explican por el gran número de casos leves que han sido tratados por el suero. Si se cuenta todos los casos de difteria tratados en el servicio de von Widerhofer durante el período del tratamiento antitóxico, se obtiene una mortalidad que no es inferior á la cifra habitual; hay que añadir todavia que la epidemia de los últimos meses en Viena, ha sido muy benigna.

TEORIA HISTOLÓGICA DEL SUEÑO

SESION DEL 2 DE FEBRERO DE LA SOCIEDAD DE BIOLOGIA DE PARIS

M. Duval recuerda que, segun las investigaciones mas recientes sobre la estructura de los centros nerviosos, los cilindro-ejes terminan por arborizaciones varicosas y flexuosas, á la manera de las ramificaciones nerviosas de la placa motriz de los músculos. Estas arborizaciones se aplican sobre el cuerpo ó las expansiones protoplasmáticas de las células nerviosas, estableciendo conexiones por contigüidad y no conexiones por continuidad, como antes se admitia, para la trasmision de las corrientes nerviosas.

Resulta de esta disposicion, que estas arborizaciones pueden modificar sus dimensiones, retraerse, alargarse, etc., estarian dotadas, en una palabra, de movimientos comparables á los de los amibos. Podria entonces creerse que la sensibilidad es tanto más viva cuanto más numerosos son los puntos de contacto entre unas y otras arborizaciones. Si, por el contrario, ellas se retraen, disminuyendo los puntos de contacto, disminuiria tambien la sensibilidad.

Cree el orador que admitidos estos datos fisiológicos, se podria utilizarlos para dar una teoria satisfactoria del sueño. En el sueño, las arborizaciones de los cilindro-ejes estarian retraídas al máximum; si una excitacion se produce, algunos de estos corpúsculos se alargan y se ponen en relacion, trayendo un estado de sensibilidad obtusa ó de sueño á medias. Si esta excitacion se hace más intensa ó se prolonga, las ar-

borizaciones se hacen de más en más numerosas, hay más puntos de contacto y el despertar se produce.

No quiero desarrollar más esta teoria de la actualidad puramente hipotética, lo reconozco; he creido, sin embargo, deber bosquejarla para mostrar una vez más el partido que puede sacar la fisiologia de los conocimientos histológicos.

M. Chauveau dice que la hipótesis ingeniosa de Duval es tanto más aceptable cuanto que está demostrada la existencia de movimientos amiboides en los bastoncitos de la retina.

M. Giard hace observar á M. Duval que en el reposo, las prolongaciones de las amibas no se retraen jamás y que cuando se excita mecánicamente una de estas prolongaciones, jamás se la ve alargarse sino por el contrario, retraerse.

M. Duval cree que no hay asimilacion posible entre los excitantes mecánicos de que habla M. Giard y los excitantes fisiológicos, los únicos que tiene en cuenta en su comunicacion.

Eleccion de las sales de quinina y su mejor forma de administracion como agente profiláctico y curativo

A propósito de la expedicion francesa á Madagascar, la Sociedad de Terapéutica de Paris se ha ocupado extensamente de las cuestiones indicadas, cuyo estudio le habia sido confiado por la autoridad médica militar.

Como sales, se ha resuelto la adopcion del *clorhidrato*, que es la más rica en quinina, empleando el *clorhidrato básico* como profiláctico porque en este caso conviene una solubilidad y absorcion menos rápidas, y como curativo el *clorhidrato neutro.*

He aquí las principales conclusiones del informe, redactado por M. Patein:

1º. Las *soluciones* de sales de quinina deben ser reservadas para los accesos de fiebre;

2º. Como *medida profiláctica*, conviene preferir el clorhidrato básico de quinina, que es el más rico en alcaloide y cuya solubilidad es suficiente; irrita menos las vias digestivas que el sulfato; en cuanto al *bronhidrato*, parece deber ser empleado en las formas rebeldes que han resistido al clorhidrato;

3º. La forma de *comprimidos*, debe ser actualmente recha-

zada; las *píldoras de escipiente soluble*, las *perlas* de cubierta gelatinosa, parecen las preparaciones de eleccion para el tratamiento preventivo;

4º. Las píldoras ó perlas conteniendo cada una 25 centígramos de clorhidrato de quinina, podrán ser dadas á la dósis de dos por dia; *una por la mañana*, otra por la noche ó al principio de la comida. Se podrá hacer ingerir al mismo tiempo una pequeña cantidad de líquido. Estos 50 centígramos así repartidos podrán bastar para mantener constantemente al organismo bajo la influencia quínica;

5º. Cualquiera que sea la forma farmacéutica adoptada para sal de quinina, es indispensable asegurarse préviamente de su completa solubilidad.

CIRUJIA PRACTICA

¿Cómo debe tratarse las hemorroides?

No estamos ya en el tiempo en que se consideraba las hemorroides como un emuntorio favorable que era necesario respetar. La ciencia ha hecho justicia de esos prejuicios populares y todos sabemos hoy que las hemorroides son, como cualquier otra afeccion, justiciables de tratamientos variables cuyas indicaciones conviene sentar netamente.

El tratamiento puede ser médico ó quirúrgico y la eleccion entre uno ú otro es, á menudo, delicada. ¿En qué caso conviene operar ó nó las hemorroides?

I

Hay hemorroides que no se debe operar; son:

1º. Las hemorroides sintomáticas, es decir, aquellas que no son sino uno de los síntomas de una enfermedad orgánica. Unas veces están bajo la dependencia de una lesion del recto, estrechez ó cáncer; de una afeccion de la próstata, de la vejiga ó de la uretra; otras veces reconocen por causa la compresion de las venas de la pelvis por un útero grávido, un fibromioma ó un quiste ovárico. En otros casos, en fin

es una cirrósis del hígado cuyo tejido conjuntivo comprime las radículas de la vena porta y pone obstáculo á la circulacion venosa del intestino.

En todos estos casos, hay que dirigirse á la causa primera y tratarla; pero operar las hemorroides que son su consecuencia, seria por lo menos inútil si no peligroso.

2º. Las hemorroides que no se acompañan de ningun síntoma importante.

Los enfermos que las llevan no experimentan ninguna molestia, no tienen ni hemorragias, ni dolores, apenas algunas *poussées* fluxionarias con largos intervalos.

3º. Hay, en fin, hemorroides que el instrumento quirúrgico debe respetar, por lo menos en nuestra opinion; son las hemorroides procidentes, estranguladas y gangrenadas. Estas hemorroides inflamadas y estranguladas son, en realidad, flebitis infecciosas, y la intervencion quirúrgica, en este momento, no seria sin peligro. Cuando no se ha sabido evitar la estrangulacion y el esfacelo de hemorroides procidentes, es demasiado tarde para proceder quirúrgicamente y hay que contentarse con una medicacion paliativa.

Así pues, hay hemorroides que no se debe operar, las unas porque son sintomáticas de otra lesion, las otras, porque no causan sino poco ó ningun inconveniente; otras, en fin, porque están atacadas de una complicacion gangrenosa que las hace momentáneamente inoperables. Es estas circunstancias ¿qué conviene hacer?

Para reducir al mínimum los inconvenientes que le causa su afeccion, el hemorroidario debe recurrir á ciertas precauciones.

Debe evitar toda causa de irritacion de la region anal. La constipacion, con bolo fecal voluminoso y duro, debe ser combatida por un régimen alimenticio bien conocido, el uso de lavativas ó de laxantes; podófilo, cáscara, aceite de ricino, aguas laxantes, etc. Despues de la deposicion que en tanto que sea posible, debe tener lugar á hora fija para asegurar su regularidad, el hemorroidario practicará abluciones locales, con agua tibia ó no.

Inyecciones rectales de agua boricada serán recomendadas, tanto para combatir la congestion hemorroidaria como para favorecer la defecacion.

El ejercicio moderado al aire libre, fricciones secas sobre

el cuerpo, la hidroterapia, acostarse sobre una cama dura, todo eso tiene una influencia favorable sobre la evolucion de las hemorroides.

En las pequeñas crísis fluxionarias dolorosas, se deberá prescribir grandes lavajes rectales con agua caliente á 40 ó 45º, aplicaciones locales de esponjas ó de tapones de algodon embebidos de agua caliente á 50º. La pulverizacion con ayuda del gran pulverizador á vapor (modelo Colin), presta grandes servicios. Se pulverizará una solucion fenicada á 2 por 100, teniendo cuidado de aproximar el chorro de vapor á 25 ó 30 centímetros de la region enferma. El uso de baños de asiento calientes ó de grandes baños tibios es igualmente recomendado.

Si la *poussée* conjestiva se prolonga, si hay inflamacion verdadera con amenaza de esfacelo, las aplicaciones calientes están aún indicadas; pero se encontrará uno bien con el empleo de ciertos tópicos, sea calomel, sea tapones impregnados de la solucion siguiente:

Glicerina.....	35	gramos
Iodo.....	0.20 á 1.00	»
Ioduro de potasio.....	2 á 5	»

Las aplicaciones son lijeramente dolorosas y es prudente comenzar por una dósis débil de iodo.

El empleo de pomadas calmantes es á veces indispensable y el viejo *ungüento populeum* dá buenos resultados en numerosos casos.

Se le asociará con ventaja al extracto de belladona y á la antipirina, segun la fórmula siguiente:

Ungüento populeum.....	30	gramos
Antipirina.....	3	»
Extracto de belladona.....	1	»

Las lavativas con láudano (XII gotas) ó antipirina (1 á 2 gramos), dan excelentes resultados.

El flujo y la irritacion cutánea, que complican á menudo las hemorroides externas, ceden habitualmente á los simples cuidados de limpieza y á los lavajes boricados repetidos. Se encontrará uno bien, aplicando, en el intervalo de los lavajes, sea una bandeleta de algodon impregnada de vaselina boricada, sea polvoreando la region con un polvo inerte y absorbente, como el subnitrato de bismuto, por ejemplo.

Las comidas irritantes y condimentadas, el uso exclusivo de carnes aderezadas, los licores alcohólicos, las infusiones concentradas de café y thé; el abuso de la equitacion ó de la bicicleta, una vida demasiado sedentaria, deben ser prohibidos al hemorroidario.

(*Gazette des Hôpitaux.*, 7 de Febrero de 1895).

BIBLIOGRAFIA

Las inflamaciones pelvianas de la mujer y su tratamiento racional segun la clínica por el *Dr. Celestino Martin de Argenta.* Folleto in 8º, 46 páginas. Madrid, 1894.

El profesor libre de ginecologia de la facultad de medicina de Salamanca Dr. Martin de Argenta, ha publicado con el título que encabeza estas líneas la memoria que presentó al Congreso internacional de Roma reunido el año pasado, sobre el tratamiento de las supuraciones pelvianas de la mujer por el método de Freund de Strassburg, que, como se sabe, consiste en la administracion del *ichthyol* intus et extra.

El procedimiento empleado por el autor es idéntico al de Freund y es el siguiente:

Prévia una ámplia irrigacion vaginal antiséptica con agua hervida caliente á 45º c. y sublimada al 1 por 1000 ó lisolada al 1,50 por 100 aplica sabre el cuello uterino y fondos de saco, la solucion de ictiol en glicerina al 10 por 100 (1), valiéndose de un pincel con el que malaxa suavemente las citadas regiones del canal genital; en seguida rellena la vagina con gaza iodoformada al 30 por 100 y empapada siempre en la misma solucion de ictiol. Gasta así en cada curacion unos 30 gramos de este último medicamento.

Cuando las lesiones son muy intensas (y como solo se puede hacer una curacion por la vagina por dia) hace colocar todas las noches un supositorio en el recto conteniendo 0 g. 20 de ictiol, recomendando á la enferma que al levantarse por la mañana se aplique un enema con agua hervida caliente á 45º c. Además ordena una aplicacion sobre la pared abdominal de una pomada de ictiol y lanolina á partes iguales.

(1) Freund emplea una solucion al 5 por 100,

Al interior prescribe grajeas de ictiol conteniendo cada una 10 centigramos; comienza por hacer tomar tres de estas grajeas en las 24 horas durante cuatro dias; pasados éstos dobla la dósis de modo que el noveno dia toman nueve, hasta llegar por fin á doce grajeas lo que viene á constituir 1 g. 20 de ictiol por dia.

La memoria del Dr. Argenta está dividida en tres partes, patogenia, etiologia y tratamiento, y va además acompañada de varios cuadros que contienen la historia clínica de 144 enfermas con datos interesantes y prolijamente tomados.

En el capitulo consagrado al tratamiento, despues de declararse partidario decidido de este método conservador toca rápidamente la cuestion quirúrgica, haciendo un paralelo entre la laparotomia y la histerectomia vaginal ó castracion uterina de Pean. El autor piensa, y en esto lo acompañamos decididamente, que la intervencion por el abdómen presenta sérias ventajas sobre la vaginal y una série de argumentos bien traídos llevan fácilmente la conviccion al lector.

Termina su trabajo con las conclusiones siguientes:

1ª. Englobo en el dictámen comun de *inflamaciones pelvianas de la mujer*, ovarios, tejido conjuntivo y peritoneo pelvianos.

2ª. La denominacion de *perimetro-salpingitis* expresa mejor que las de parametritis, perimetritis, linfangitis, circum uterina, adeno-flegmon-yusta-púdico, adeno-linfitis, etc. etc., la extension de las lesiones inflamatorias; así como se denota desde luego los tejidos y órganos afectados, por lo cual debe aceptarse para designar con ella clínicamente las inflamaciones del tejido conjuntivo del espacio de Retzius, el de los ligamentos anchos, etc., la del peritoneo pelviano y vasos linfáticos de los órganos genitales internos.

3ª. La continuidad anatómica de los tejidos que integran el aparato genital interno determinará la propagacion infecciosa de la inflamacion, razon clínica que explica el porqué de la multiciplidad de lesiones orgánicas, producto de una sola infeccion.

4ª. Gracias á la Bacteriologia moderna con sus doctrinas de la infeccion, puédese en clínica ginecológica cumplir la indicacion causal, fundamento el mas sólido de una científica terapeútica; por lo cual la de las inflamaciones pelvianas ha entrado en una era mas racional y clínica.

5ª. El determinismo etiológico de las inflamaciones pelvia-

nas, compártenlo la infeccion general por el gonococus de Neisser y los agentes de la puerperal, stafilococus, streptococcus, etc.

6ª. Impónese, dado el progreso médico, un más cuidadoso exámen clínico para establecer el diagnóstico ginecológico y que éste sea producto de la investigacion clínica y no anatómica.

7ª. El tratamiento racional de las inflamaciones pelvianas segun la clínica, es el conservador aportado á la ginecologia por el Dr. Freund de Strassburg, pues con él pueden lograrse curaciones sin apelar á sacrificios orgánicos é inutilizaciones sexuales.

8ª. Con el ichthyol, segun Freund, se logran reintegraciones anatómicas y fisiológicas en todos los varios procesos morbosos englobados con el dictado de inflamaciones pelvianas.

10. Jamás, á no tener que llenar una indicacion vital, se apelará á operaciones sobre los anexos uterinos sin haber hecho uso del método conservador de Freund en su totalidad de formas.

Si bien la memoria del Dr. Argenta no nos enseña nada nuevo, en cambio es un trabajo sério, prolijo, bien pensado y, sobre todo, eminentemente práctico, lo que permite asegurar que su lectura será provechosa.

DR. TORNÚ

CRÓNICA

Inauguracion del nuevo edificio del Círculo Médico. — CONFERENCIAS PERIÓDICAS. — La inauguracion pública del nuevo edificio social en la calle Corrientes 2038, tendrá lugar el 1º de Abril próximo con asistencia del Ministro de Instruccion Pública, Consejo Superior Universitario, Academias de las Facultades y asociaciones científicas.

Despues de una primera parte oficial, diremos, en que hablará el Presidente del Círculo y se firmará el acta de instalacion, tendrá lugar la primera conferencia científica de este año, debiendo disertar los doctores Wernicke y Araoz Alfaro.

Tenemos la satisfaccion de anunciar que estas sesiones científicas, con discusion libre, continuarán periódicamente durante todo el año.

Concurso de médico escolar.—Tendrá lugar el 20 de este mes un concurso para proveer un puesto de médico del Consejo Nacional de Educacion.

Aunque la forma del exámen, la designacion de las materias sobre que versará, y el exiguo número de los miembros del jurado, sean susceptibles de crítica, es de felicitarse que se haya resuelto al fin recurrir al concurso, que debiera ser el modo universal de provision de los puestos técnicos.

Esperamos que no será esta una resolucion aislada del Consejo de Educacion, y que ella se convertirá en regla de conducta para lo sucesivo.

Los profesores sustitutos en las Facultades.—El Sr. Rector de la Universidad ha presentado un proyecto autorizando á todos los profesores sustitutos para dictar cursos libres que los alumnos podrán preferir á los de los titulares, quedando para ante la Facultad en igualdad de condiciones. Agrega el proyecto que el sustituto que tenga más de 10 alumnos de los cuales un 80 por ciento sean aprobados en los exámenes, se harán acreedores á un premio de 1200 $ y á un diploma.

Muy buena nos parece la idea de autorizar á todos los sustitutos á dictar cursos libres, y en ese sentido nos expresamos en ocasion del proyecto del Dr. Wernicke.

Pero, subordinar la competencia de un profesor y su idoneidad al número de sus alumnos que pasan en los exámenes, es, nos parece, pueril é indigno del espíritu de una Facultad. ¿El sustituto tendrá que abstenerse de formar parte de los jurados de exámen? ¿O se quiere que estén en las mesas haciendo esfuerzos para que «pasen» uno ó dos que les hacen falta para completar su tanto por ciento?

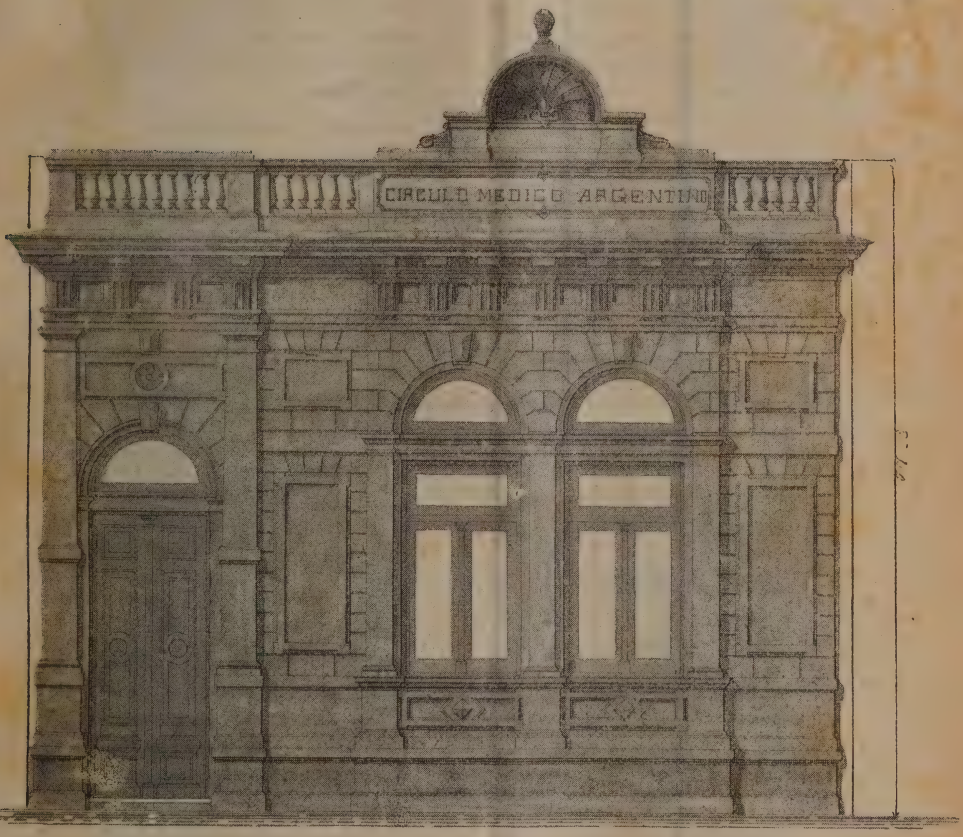
Sanidad Militar de Guardias Nacionales.—Este centro de instruccion, aprobado por el gobierno, se ha organizado definitivamente nombrando sus autoridades del modo siguiente:

Presidente.	— Dr.	Bartolomé Novaro.
Vice id.	— »	José Penna.
Tesorero	— »	Roman Pacheco.
Secretarios	— »	Antonio J. Vidal y T. Padilla (hijo).
Vocales	— »	Gandolfo, Castro (Alejandro), Señorans, Araoz Alfaro, Valdez, Castro (M.), Martinez (B. D.), Badia, Solari y Darquier.

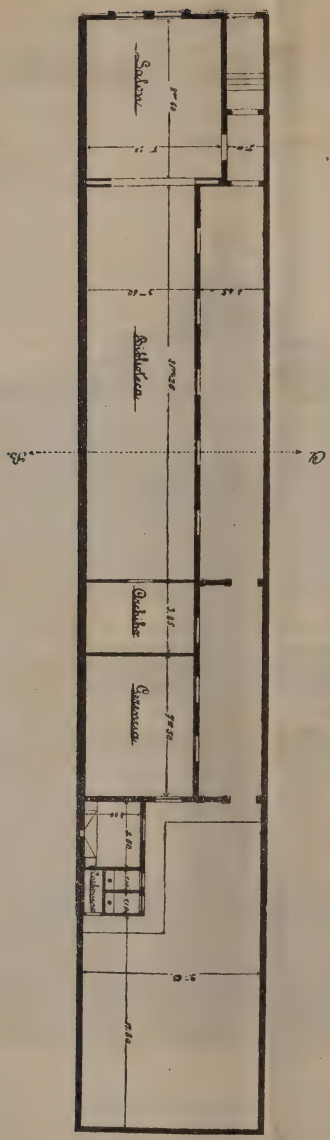
Año XVIII — 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII — Nº 6

Anales del Círculo Médico Argentino

MARZO 31 DE 1895



Tenemos el gusto de presentar á nuestros lectores un facsimil de la fachada y un plano del edificio construido para el Círculo Médico Argentino, cuya inauguracion pública tendrá



lugar el lúnes 1º de Abril próximo.

Como podrá verse, él satisface plenamente las exigencias de la Sociedad. Está construido en un terreno de 10 metros de frente por 70 de fondo próximamente. El salon que dá á la calle está destinado á las sesiones de la Comision Directiva; mide 8 metros por 7.50.

Sigue el salon de biblioteca que servirá al mismo tiempo para asambleas y conferencias; es bastante espacioso, puesto que mide 21 m. por 6, y á necesidad puede ser unido enteramente con el anterior, de modo que su longitud total viene á ser de 29 metros.

Encuéntranse, en seguida, una pieza destinada á archivo de los Anales y del Círculo y las habitaciones destinadas al mayordomo y dependencias.

Tanto la biblioteca como el salon inmediato están ámpliamente iluminados á más de las ventanas, por anchas claraboyas abiertas en el techo.

Todos los materiales empleados han sido de la mejor calidad y el conjunto del edificio resulta sencillo y elegante.

Nuestro mundo médico y muy especialmente los sócios del Círculo deben congratularse por la conclusion de esta

obra que viene á dar mayor estabilidad á la mas antigua de nuestras asociaciones médicas.

Las erogaciones que antes exigía el pago de alquileres serán destinadas ahora por entero al fomento de la Biblioteca, que puede considerarse sin disputa, como la mejor de las colecciones de libros médicos que entre nosotros existen, incluso la de la Facultad de Medicina.

Por nuestra parte, felicitamos á todos los consócios que han trabajado por la realizacion de esta obra de progreso, muy especialmente al señor Tatti, autor del proyecto que se ha llevado á cabo, y hacemos votos fervientes por que el aumento de bienestar del Círculo, sea signo y medida de nuestros adelantos médicos.

INFLUENZA

Ligeras notas sobre la última epidemia (1894)

Por el Dr. **Antonio J. Vidal**

Al ocuparnos el año anterior de la epidemia de influenza de 1892, en un trabajo publicado en estos ANALES (1), señalábamos la regularidad con que habian alternado, á partir de la invasion de 1890, las manifestaciones epidémicas y esporádicas de la afeccion. «Por manera, decíamos resumiendo, que el órden de sucesion de la enfermedad, bajo sus dos formas, ha sido este: 1890, epidemia, ó mejor, pandemia; 1891, grippe esporádica; 1892, epidemia; 1893, casos esporádicos. No es posible prever si la cadencia se interrumpirá este año, ó si al contrario hospedaremos al antiguo horion...» Habiéndose realizado lo segundo, un nuevo término ha venido á agregarse á la série regular: 1894, epidemia.

Teniendo en vista que los datos que en nuestras revistas médicas se registran sobre este movimiento epidémico — que nos ha sido dado seguir en las mismas localidades que en 1892: Pilar y campaña y pueblos vecinos de la provincia

(1) Páginas 222 y 305.

de Buenos Aires —son bien escasos, hemos pensado que no seria ocioso publicar algunas breves notas á su respecto. La tendencia, por otra parte, manifiesta de la enfermedad á radicarse con carácter permanente, al igual que en muchas grandes ciudades de uno y otro continente, en esta capital (en el momento en que escribimos estas lineas, el telégrafo anuncia sus estragos no solamente en Europa, en que la estacion le es propicia, sino tambien en nuestro hemisferio, en Chile por ejemplo), debe hacernos mirar con interés todo lo que con su estudio se relacione.

Del mismo modo que las del 90 y 92 —prescindiendo de la cuestion de origen, exótico ó local, que trataremos luego— la grippe del 94 ha tenido su foco primitivo en la ciudad de Buenos Aires. Hácia mediado de Julio, las afecciones catarrales de la estacion se hicieron mas frecuentes y en los primeros dias de Agosto su carácter epidémico era manifiesto. El comienzo de la epidemia, sin ser precisamente brusco, ha sido rápido. Por el tercio medio del mes últimamente nombrado, la difusion era tal que adquiria el grado de pandemia, difusion que no podrá ciertamente observarse en otra enfermedad y cuya medida exacta ó siquiera aproximada no seria fácil fijar. Al finalizar Agosto, la enfermedad, aún bastante esparcida, cedia notablemente. Despues de ofrecer una recrudescencia sensible á principios de Setiembre, siguió descendiendo en lo restante de este mes y en el de Octubre. En Noviembre y aun en Diciembre y Enero, como á algunos colegas hemos oido afirmarlo, se han podido ver todavia en la capital casos bien caracterizados. En un informe publicado en Enero de este año sobre la influenza en una seccion del ejército, su autor, el Dr. Veyga, afirma que «en el momento actual se manifiesta todavia en algunos cuerpos» (1).

De la capital, la enfermedad se ha propagado á las localidades inmediatas, por una parte, y por otra, á las ciudades principales del interior, las que á su vez se convertian en centros secundarios de irradiacion. [Rosario, fines de Agosto, fastigio á principios de Setiembre; Santa Fé, marcha muy semejante; Córdoba, invasion en la última semana de Agosto, atenuándose en seguida para reagude-

(1) SEMANA MÉDICA, pág. 27.

cer hácia el tercio medio de Setiembre; Mendoza, comienza en los primeros dias de Setiembre; Santiago, la recrudescencia de Setiembre es más intensa y grave que el periodo primero; Tucuman, obsérvase el máximum al terminar la primera quincena de Setiembre; Salta, la enfermedad hace muchas víctimas en Octubre; Jujuy, se presenta una *poussée* en el mes de Noviembre (1).]

De un modo general, la propagacion se ha hecho de sud á norte y del litoral al interior, mediando siempre, como es de regla, un tiempo superior al que exigen los medios de comunicacion mas rápidos.

Por nuestra parte, hemos visto los primeros casos en las localidades ya expresadas, á mediados de Agosto. En la última semana de este mes y primera del de Setiembre, el número de enfermos era considerable, á punto de ser muy rara la casa ó familia en que no los hubiese, si bien la gran mayoria prescindia del médico por la levedad del ataque. En Octubre y Noviembre, pudimos observar algunos casos aislados de grippe febril.

Si la fecha de invasion ha variado un tanto en los diversos puntos, merece señalarse la uniformidad con que se produjo en casi todas las ciudades, inclusive Buenos Aires, la recrudescencia del mal en la primera quincena de Setiembre. Antes que atribuir el hecho á mera coincidencia, pensamos que las grandes variaciones de temperatura y las violentas agitaciones atmosféricas que por esos dias se hicieron sentir en todo el país, no han debido ser extrañas á él.

Ya que hemos tocado el punto, nos detendremos á señalar las condiciones meteorológicas que han imperado durante la epidemia, no tanto porque sea costumbre hacerlo, como porque la que nos ocupa, es en realidad una de las pocas enfermedades en que las circunstancias de este órden conservan cierta importancia.

No disponiendo de investigaciones precisas, propias ni ajenas, de que echar mano, nos contentaremos con indicar los rasgos mas salientes, aquellos que han podido ser notados por todos sin necesidad de aparatos:—1º, *temperatura* casi siempre elevada con relacion á la época del año

(1) Datos tomados en su mayor parte de la prensa política.

y sujeta á rápidas variaciones. En algunas provincias como Tucuman y Santiago, el período culminante de la epidemia ha coincidido con temperaturas casi estivales; 2º, *estado higrométrico* exagerado, con lluvias repetidas y abundantes; 3º, consecuencia de lo anterior, *radiacion solar* constantemente disminuida.

¿En qué medida habrán favorecido, sino determinado, estos elementos que como se vé son los mismos á que Teissier, Masson, Didier, etc. conceden tanto valor, el desarrollo y difusion de la enfermedad? Aunque no creamos que se pueda, sin exponerse á desmentidos frecuentes (en nuestras invasiones anteriores, por ejemplo, las condiciones apuntadas no han existido ó han sido menos marcadas) ser tan rigurosos en este sentido como algunos de los autores que acabamos de nombrar, no nos hace violencia admitir (y aquí debemos volver en cierto modo sobre opiniones anteriores) que ciertas condiciones climatéricas pueden ser especialmente propicias al desarrollo del ó de los gérmenes que intervienen en la influenza, ejerciendo una accion real sobre la marcha de las epidemias. Esta manera de pensar no tiene, como bien lo dice Didier, nada de anticientífica. Duflocq, á quien este autor cita, habiendo visto en una ocasion cundir la grippe inmediatamente despues de un cambio de tiempo, hacia al respecto una ingeniosa comparacion. «Se puede comparar, decia, lo que ha ocurrido en esta circunstancia en materia de grippe, con lo que pasa con ciertos parásitos de vegetales, tales como el mildew cuya pululacion é invasion se hacen, por decirlo así, instantáneamente bajo la influencia de ciertas modificaciones atmosféricas, cuando hasta entonces solo algunas plantas estaban infestadas.» Idéntico fenómeno suele observarse hasta en especies relativamente superiores.

En la historia de la pasada grippe, tan escasa de interés clínico, lo que mas parece haber preocupado á nuestros médicos es la cuestion de su origen. ¿Dicha grippe ha sido una grippe de importacion, ó háse formado y desarrollado localmente, *sur place?* Las opiniones que conocemos, muy autorizadas algunas, como la del Dr. Penna, están sin discrepancia porque no ha habido importacion. Es tam-

bien la nuestra. Aparte de lo que puede este modo de ver encontrar apoyo en la forma como ha debutado la enfermedad, en sus caracteres clínicos, en la poca ó ninguna conexion visible con epidemias exóticas, etc., se debe tomar en cuenta la existencia constante, á partir de la primera invasion, de casos de grippe esporádica en un todo semejantes á los de la época epidémica, individualmente considerados.

Las ideas dominantes con respecto á la naturaleza de la influenza, nos parecen girar alrededor de esta conclusion de Didier (1): « El agente patógeno de la grippe es verosimilmente un microbio análogo al pneumococo, acaso una simple transformacion de este microbio, lo que explicaria la existencia de la grippe al estado esporádico. (Didier propone crear una clase de microbios «pneumococciformes», en la que entraria seguramente el agente causal de la grippe y en la que encuadrarian los resultados obtenidos por Babés, Pfeiffer y Canon, Kirchner, Didier, Cornil y Chantemesse, etc.) Para provocar una epidemia, bastan las condiciones secundarias que aumentan la virulencia de este agente y le dan propiedades nuevas. Estas condiciones las encontramos en ciertas perturbaciones atmosféricas, al mismo tiempo que en una receptividad general de las masas. Cuando bajo estas influencias la enfermedad ha adquirido sus cualidades epidémicas, se propaga por contagio. »

Pero, admitir el origen local por revivificacion de gérmenes, por « reviviscencia », como ha dado en decirse, no implica, como se comprende, significar que el mal haya nacido independiente, autóctonamente, en las diversas localidades en que se ha mostrado. Tal idea solo es aplicable al punto de partida, al foco primero de la endemo-epidemia, la ciudad de Buenos Aires. En los demás puntos, la observacion de los hechos lo demuestra claramente, la enfermedad ha procedido por invasion, por incursion de los elementos morbígenos, exactamente como en 1890 y 1892.

En lo que respecta á la historia clínica, el rasgo principal de la última influenza ha sido sin duda la sencillez y benignidad de sus manifestaciones. No se ha visto en efec-

(1) Didier, *Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies*, París, 1893.

to esa riqueza de síntomas, multiformes y variados, que suele caracterizarla y que no hizo falta en las otras invasiones, en la primera especialmente. Diríase que la enfermedad al repetir sus ataques se despojaba (por atenuacion del virus? por inmunizacion parcial de las masas?) de sus atavíos de lujo para presentársenos en sus formas más simples.

Esta sencillez en la expresion clínica es una de las razones que pesan en favor del origen endémico.

Los dolores musculares y articulares, la astenia general, el delirio, los síntomas nerviosos en una palabra, exclusion hecha de la cefalalgia, han faltado ó han sido poco pronunciados.

Igualmente los signos gastro-intestinales. Salvo un ligero estado gástrico, nada hemos visto en este particular; de aquí que no nos dejara de extrañar que el doctor Esteves aseverase que «la epidemia afecta este año una forma gastro-intestinal predominante» (1). No sabemos si igual juicio se habrán formado otros médicos que ejercen en esta ciudad.

Las formas catarrales simples, benignas, sin fenómenos pulmonares acentuados, con poca fiebre ó con hipertemia fugaz, nos han parecido predominar en absoluto.

La participacion de las mucosas superiores—anginas y laringitis, catarro nasal y ocular,—ha sido más constante que en las otras epidemias. En muchas personas la grippe estaba únicamente constituida por simples catarros traqueo-bronquiales ó por corizas rebeldes y duraderas.

En mayor proporcion que en las otras pandemias, nos ha parecido que los niños de corta edad sufrian los efectos de la afeccion dominante. En dos, de uno á tres años, vimos debutar la enfermedad con los síntomas alarmantes del pseudo-crup; los fenómenos laringeos se disiparon prontamente, pronunciándose en cambio las manifestaciones bronquíticas.

No obstante el predominio manifiesto de los síntomas respiratorios, las complicaciones pulmonares graves han figurado en una proporcion relativamente escasa. A este hecho sin duda se ha debido principalmente que los estragos del mal no fuesen considerables. A pesar de su extraordinaria

(1) *Revista de la Soc. Méd. Arg.*. 1894, pág. 19.

difusion, las cifras de la mortalidad comparadas con las de épocas normales, apenas si han presentado un ligero aumento.

En lo que á nuestra práctica toca, no hemos observado ningun ejemplo de muerte exclusivamente imputable á la influenza.

En una jóven tuberculosa (forma ulcerosa comun), con los primeros signos de la nueva infeccion produjose un aumento rápido y considerable de la disnea, hasta la ortopnea más pronunciada, muriendo la enferma antes de dos dias.

En un hombre de más de 60 años, extremadamente obeso, que vimos con los doctores Rojo y Zelada, un ataque ligero de grippe provocó una repercusion mortal sobre el corazon, viciado seguramente de adiposis hasta entonces tolerada. Los trastornos circulatorios — intermitencias, debilidad é irregularidad del pulso, cianosis, hipostasis, etc., — comenzaron á mostrarse desde el primer momento. La medicacion tónica más enérgica, no pudo evitar el desenlace fatal que ocurrió al quinto dia (1).

En lo relativo al tratamiento seguido, poco ó nada tendríamos que decir ya que solo nos hemos valido de medicaciones simples, sintomáticas, con razon aconsejadas por los mejores prácticos, - si no quisiéramos hacer mencion siquiera breve de ciertos medios de aplicacion fácil y tanto ó más útiles que los agentes medicamentosos. Nos referimos á la antisepsia de las cavidades nasal y buco-faringea, realizada mediante irrigaciones repetidas y abundantes.

En la grippe, como en tantas otras enfermedades, las complicaciones pulmonares, las primeras por su importancia, deben su origen principalmente á infecciones secundarias, extrañas ó autóctonas, favorecidas por alteraciones locales de los bronquios y bronquiolos, propagadas de las

(1) Esta observacion es muy semejante á una de las que presentábamos en nuestro anterior trabajo. En otro hombre obeso y alcoholista, de 40 años próximamente, hemos visto tambien presentarse conjuntamente con la bronquitis gripal, empequeñecimiento é intermitencias del pulso, felizmente sin consecuencias. Si hemos de juzgar por lo que hasta ahora tenemos visto, los sujetos particularmente los de cierta edad, que llevan consigo pesado bagaje de grasa, presentan en la grippe blanco especial á las complicaciones circulatorias graves.

mucosas superiores,—infecciones canaliculares descendentes, como las llama Claisse.

De esta nocion, hoy vulgar, se desprende la indicacion con frecuencia desatendida de modificar, con fines preventivos más que curativos, las superficies accesibles. Muchos médicos de nota, entre ellos Siredey (1), han metodizado estas prácticas, adoptándolas sistemáticamente en el público y en los servicios de hospital.

Por nuestra parte, siguiendo el ejemplo, hemos ordenado á *todos* los influenzados, grandes lavajes de la nariz, de la boca y fauces, con agua boricada, ó débilmente fenicada ó simplemente hervida (en estos lavajes, como se ha hecho notar, debe contarse principalmente con la accion mecánica), empleando ya las jeringas comunes, ya, cuando era posible, un bock irrigador que es más adecuado al objeto.

Febrero de 1895.

HOSPITAL RAWSON

SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL DR. JUAN L. TESSI

La estomatoplastia por ahuecamiento comisural, como tratamiento de la estenosis del cuello uterino; manual operatorio; casos prácticos

Por **Atilio E. Chiocconi,** interno del servicio

Los diferentes tratamientos quirúrgicos empleados hasta estos últimos tiempos para combatir la estenosis, congénita ó adquirida, del cuello uterino: dilatacion lenta con laminarias, dilatacion gradual con las bugias de Hegar, electrólisis, estomatoplastia por la amputacion del cuello, seccion del orificio interno ó externo con tijeras, bisturí, litótomo de Dupuytren, diferentes modelos de metrótomos, variados al infinito desde que Simpson dió á conocer el suyo, hasta llegar al uterómetro de Sims; todos estos diversos medios de

(1) En su tésis, *L'antisepsie médicale,* etc., Paris, 1894, trabajo que puede leerse con fruto, Belloir estudia detenidamente la cuestion, sobre todo en lo que concierne al sarampion, presentando importantes estadisticas del servicio de Siredey en el hospital de Aubervilliers.

intervencion, repito, por más que hayan sido empleados por manos hábiles, tanto en el extranjero como en nuestro país, han dado siempre resultados poco positivos.

No solo no han bastado para curar la estenosis, sinó que ni siquiera han logrado hacer desaparecer alguno de sus dos síntomas principales: la dismenorrea y la esterilidad; pues, si exceptuamos la dilatacion, que aplicada unos dias antes de la menstruacion, hacia desaparecer temporariamente la dismenorrea, todos los demás han fallado siempre.

No sucede lo mismo con la operacion que, con el nombre de estomatoplastia por ahuecamiento comisural, ha sometido Pozzi, el 8 de Febrero de 1893, á la consideracion de la Sociedad de Cirugia de Paris, y con la cual, segun él, no solo se consigue curar la estenosis, sinó tambien hacer desaparecer la dismenorrea y la esterilidad.

Esta operacion ha sido practicada por los doctores Tessi y Legrand, en tres enfermas de su servicio de ginecologia de este hospital, con resultados satisfactorios segun veremos más adelante.

De la manera como se han preparado las enfermas, así como de la posicion que se le ha dado en la mesa de operaciones, no me ocuparé ahora por haber procedido del mismo modo que ha sido ya descrita en mi artículo sobre Elitrotomia, (ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, 31 de Enero del corriente año); solo sí diré, que antes de la anestesia clorofórmica, se hizo la anestesia local de las fosas nasales, con algodon embebido en una solucion de cocaina al 5 % tanto para evitar el síncope como para disminuir la excitacion; procedimiento que desde el año pasado viene usándose en todas las operadas en este servicio con buenos resultados.

Una vez cloroformada la enferma y hecha la antisepsia vaginal y uterina, procedióse á un raspado del útero con todos los cuidados del caso, deteniéndose la hemorragia con una inyeccion de la solucion cáustica de Doleris (glicerina creosotada), seguida de inyeccion de una solucion de bicloruro al 1 por 2000, á 50°c. y hasta llegar á dos litros.

Detenida la hemorragia, colocóse una valva perineal de Simon y dos separadores vaginales en las paredes laterales; agarróse el labio anterior del útero con una pinza irrigatriz á fijacion de Berlin y el lábio posterior con una pinza erina:

entregando el operador, todo esto, menos la pinza erina, á dos ayudantes colocados uno á cada lado de la enferma.

Valiéndose de la pinza erina bajó el operador el útero, todo lo que le fué posible, y munido de la tijera de Küchenmeister, hizo una seccion bilateral del cuello hasta cerca de la insercion vaginal.

Obtuviéronse de esta manera dos colgajos, uno anterior y posterior el otro, y mientras un ayudante tenia tensa la pinza erina que sostenia un colgajo y levantaba la pinza irrigatriz que sostenia el otro, el operador con pinza de diseccion y bisturí pequeño, resecó en cada extremidad de estos colgajos, al nivel de la superficie de seccion, un pequeño colgajo cuneiforne, que comprendia toda la superficie cruenta menos las mucosas cervical y vaginal, y una profundidad de 0,005 milímetros; como muy bien se comprende, la parte más ancha de la cuña correspondia á la parte exterior y la más delgada á la profunda.

Concluido esto, colocáronse cuatro puntos de sutura, con seda, en cada extremidad, puntos que unian la mucosa vaginal con la mucosa cervical, de manera que una vez terminada la operacion quedó el cuello del útero en forma de pico de pato.

Taponóse el útero con gaza iodoformada, al mismo tiempo que se colocó gaza entre los dos colgajos y en la cavidad vaginal.

Debo hacer presente que el principio de esta operacion, menos el ahuecamiento cuneiforme, habia sido ya indicado antes por S. Bonnet y Doleris, pero como estos autores se limitaban á la seccion bilateral del cuello y sutura, pronto se corrian estos puntos, por quedar demasiado tensos, y los resultados obtenidos eran poco satisfactorios.

Me he detenido en algunos detalles de esta operacion para hacerla más comprensible, pues creo que no se ha publicado todavia nada al respecto, entre nosotros.

1er CASO — Operador Dr. Tessi. — Maria B., argentina, soltera, 25 años, cocinera.

Antecedentes personales. — A los 10 años sarampion, á los 14 reumatismo, más tarde blenorragia por tres veces consecutivas; de la última fué tratada en este mismo servicio, en que se le hizo un raclage uterino, sin resultado alguno.

Menstruó por primera vez á los 14 años, durante tres

dias, suspendiéndosele despues por dos meses, al cabo de los cuales volvió á reglar con regularidad, pero con dolores que se asentaban, sobre todo, en las regiones lumbar, sacra y ovárica; al mismo tiempo empezó á padecer del estómago.

Estos dolores aumentaron, sobre todo despues de cada blenorragia, hasta el punto de que al ingresar á la sala 6ª núm. 13, el dia 14 de Noviembre de 1894, estaba dispuesta á someterse á cualquier operacion con tal que se los hicieran desaparecer.

Exámen de la enferma. — Al tacto la vagina húmeda y algo caliente, el cuello uterino chico, de consistencia firme, cónico, con un pequeño orificio en su vértice y el labio anterior sobresaliendo un poco al posterior: *cuello tapiroide.*

A la exploracion bimanual se encontró un útero pequeño y en retroflexion, al espéculo vióse, además, la salida por el orificio uterino, de una pequeña cantidad de flujo mucopurulento. El histerómetro penetraba con bastante dificultad 0,05 centímetros.

2º CASO. — Operador, doctor Legrand.

Margarita J. de N., argentina, 26 años, casada.

Antecedentes personales. — Tuvo sarampion, siendo muy niña; fiebre tifoidea á los 21 años y padece con bastante frecuencia ataques de histeria que coincidian sobre todo con la época de la menstruacion.

Menstruó por primera vez á los 15 años con bastantes dolores, durante dos dias; más adelante las reglas duraban tres ó cuatro dias, pero con la particularidad de que los dolores de caderas y de vientre aumentaban cada mes, sintiendo además al fin fuertes ardores de estómago, sobre todo despues de comer, en vista de lo cual ingresó á la sala 6ª núm. 18 el dia 23 de Noviembre de 1894.

Se casó á los 18 años y nunca tuvo familia.

Exámen de la enferma. — Idéntico al caso anterior, con excepcion del flujo, que era mucoso, y que el lábio anterior del útero no sobresalia del posterior.

En cuanto al tercer caso, ha sido recien operado, por lo que no me ocuparé de él por ahora.

Marcha. — Las enfermas pasaron el dia de la operacion sin novedad alguna, á no ser un ligero dolor en el bajo-vientre

en Margarita J., y vómitos clorofórmicos en Maria B., aunque segun costumbre del servicio, no se le dió completamente nada que tomar en las primeras seis horas que siguen á la operacion; temperatura, pulso y respiracion, normales.

Al siguiente dia disminuyeron un poco los dolores en la primera y los vómitos en la segunda; pulso, respiracion y temperatura, lo mismo.

Dia tercero — Aumentaron los dolores de vientre en Margarita debido á una uretritis y cistitis producidas quizás por la sonda: desaparecieron completamente los vómitos en Maria; desde este dia orinaron las enfermas sin necesidad de sonda: pulso, respiracion y temperatura, sin novedad.

Dia cuarto — Se le hizo la primera curacion, inyeccion intrauterina antiséptica caliente y taponamiento con gaza iodoformada; sin alteracion el pulso, la respiracion y temperatura.

Dia séptimo — Nueva curacion y se sacaron los puntos de sutura, habiendo quedado perfectamente adheridas las mucosas; posteriormente se le hacia inyeccion intrauterina dia por medio, permitiéndoles que se levantaran de la cama á los doce dias.

Ambas enfermas salieron de alta á los 23 dias de la operacion, despues de haber tenido sin dificultad y dolores su menstruacion.

He continuado viendo á estas enfermas hasta estos últimos dias, y han seguido teniendo su menstruacion sin dolores, encontrándose completamente curadas y con el orificio uterino interno bastante dilatado.

Como se ve por la descripcion que acabo de hacer, así como por la marcha que han seguido las enfermas, esta operacion no solamente es inócua, sinó tambien sumamente sencilla y de resultados positivos en la estenosis, que aventajan á las otras intervenciones, con las que no se obtenia otro resultado que operar inútilmente á las enfermas.

En la revista que he leído, Pozzi traia una estadística de seis casos completamente curados; si á ellos le agregamos estos dos, podemos decir, sin temor de equivocarnos, que es la única operacion indicada en los casos de estenosis del cuello uterino, pues con ella obtenemos el fin buscado: curar

la enfermedad y hacer desaparecer la esterilidad y sobre todo la dismenorrea.

No puedo aún decir nada de la esterilidad, aunque Pozzi ha tenido ya un caso de embarazo de las seis operadas, pues á la única enferma casada, de nuestros dos casos, no se le ha permitido hasta estos últimos dias cohabitar con su marido; pero tengo la facilidad de poder seguir de cerca á estas enfermas y desde ya prometo á los lectores de los ANALES comunicarles el resultado, ya sea positivo ó negativo.

Si los resultados son positivos, tendremos que, como segun la estadistica de Senis, un 85 % de las estériles son estenosadas; teniendo familia se habrá obtenido una buena conquista del punto de vista de la disminucion de ese mal.

Marzo de 1895.

PATOLOGIA GENERAL

Sobre las propiedades bactericidas ó microbiófilas del suero del conejo, segun que este animal sea vacunado contra el estafilococo piógeno ó predispuesto á esta infeccion, por COURMONT

Se recordará que *Rodet* y *Courmont*, trabajando en el laboratorio del profesor Arloing, demostraron que el estafilococo piógeno, fabricaba en sus cultivos, sustancias solubles predisponentes al lado de sustancias solubles inmunizantes; las primeras solubles en el alcohol, las segundas, al contrario, precipitables por el alcohol. Luego han estudiado la accion del suero de animales inyectados ya con las sustancias inmunizantes, ya con las predisponentes, sobre la virulencia del estafilococo piógeno.

Naturalmente, han realizado estas experiencias por medio de cultivos en los diversos sueros é inoculaciones posteriores, teniendo cuidado de eliminar la objecion, hecha por *Metchnikoff* á *Charrin* y *Roger*, de que junto con el microbio se inyectaba suero inmunizante, que era su vehículo, el cual, por su efecto, hacia aparecer como atenuada la cultura. Para evitar este inconveniente, Courmont se ha valido de un aparato centrifugador que operaba la separacion del suero y de los microbios, los cuales eran en seguida lavados y emulsionados en agua destilada.

Reasumiremos del modo siguiente, los principales resultados á que ha llegado:

I.—Es incontestable que el suero del conejo vacunado contra la infeccion por estafilococos, ejerce una accion atenuante de las más netas sobre el estafilococo, fuera de toda accion celular del organismo. Las sustancias solubles microbicidas contenidas en este suero ¿son el simple resultado de una modificacion química de los humores por la accion de la sustancia inmunizante? ¿son un producto de las células del organismo vacunado? No podemos decirlo; pero ellas deben tener su lugar marcado en la patogenia de la inmunidad.

II.—La inyeccion de sustancias predisponentes en la sangre del conejo, hace al suero de estos animales particularmente apto para favorecer la vejetacion de un estafilococo bien virulento; debilita las propiedades naturalmente atenuantes del suero normal y aun hace este líquido más favorable al microbio que el caldo, por ejemplo, desde que un microbio que cultivado en caldo no mataba ya al conejo, se ha hecho virulento una vez cultivado en suero de predispuestos (*suero microbiófilo*).

III.—Se produce, pues, modificaciones de los humores de los animales segun que se los vacune ó que se los predisponga á una infeccion, y estas modificaciones son paralelas á las que se obtiene en la receptividad del organismo.

Independientemente de toda accion celular, el suero tiene una accion *bactericida* ó una accion *microbiófila* respecto de los microbios, segun que el animal de que proviene esté vacunado ó predispuesto. Quizá las sustancias solubles que el suero contiene, tienen un orígen celular, quizá son el resultado de una modificacion directa del suero bajo la influencia de las sustancias inyectadas; en todo caso, ellas existen y su accion no puede ser nula en la produccion de la inmunidad ó de la predisposicion. (*Arch. de Physiologie*, Nº. 1, 1895.)

Influencia de la célula macho sobre la trasmision hereditaria de la inmunidad
por CHARRIN y GLEY

De sus experiencias anteriores, los autores habian deducido que, para hacer pasar de los generadores á los engendrados el estado refractario, es, lo más á menudo, necesario el concurso de los dos elementos celulares, macho y hembra. Habian es-

tablecido tambien que, á veces, la intervencion de uno solo de esos elementos, sobre todo cuando es el de la madre, parece bastar.

Las experiencias que relatan en el presente trabajo han sido instituidas con el objeto de averiguar especialmente el rol del macho, vacunando varios conejos contra el bacilus pyocianeus y poniéndolos luego en contacto con conejos normales.

De los hijos, varios murieron, quedando solamente cinco.— Ahora bien, sangrando á cuatro de éstos, pudo comprobarse que el suero de uno de ellos tenia un poder microbicida innegable; esta accion parecia muy poco marcada en otros dos; en el último, era nula.

Inoculados los cinco con culturas piociánicas virulentas, tres han muerto; los otros dos han resistido, si bien uno ha quedado paraplégico.

Parece, pues, deber deducirse que, en ciertos casos en que el padre, con exclusion de la madre, está inmunizado, esta inmunizacion puede trasmitirse á los descendientes, confirmándose así experiencias anteriores.

Sin embargo, es preciso añadir que, en estas condiciones, la trasmision es cosa absolutamente excepcional; por otra parte, cuando existe, ella parece muy incompleta.

De todas las experiencias que hasta ahora han llevado á cabo los autores, deducen que el padre no llega en general, si la madre es normal, á hacer pasar á las células de los descendientes sus propiedades de defensa contra el virus.

Es probable que se trata en los casos positivos, de trasmision de propiedades celulares. Como las vacunaciones han sido practicadas con productos solubles, no seria posible hacer intervenir á los microbios vivos. Por otra parte, la cópula ha tenido lugar en un período en que estos productos, si uno se atiene á los resultados de investigaciones de Fränkel, de Bouchard, Charrin y Rüffer, debian estar totalmente eliminados. ¿Cómo concebir, por lo demás, que el espermatozoide almacene en su protaplasma una dósis de estas toxinas suficiente para hacer resistentes á todos los productos de una paricion, recibiendo cada uno de ellos un volúmen dado de estas toxinas?

Es mas lógico suponer que, bajo la influencia del paso de las sustancias piociánicas, las células de los conejos hechas insensibles al virus, habian adquirido el poder de producir prin-

cipios bactericidas; en el hecho, estos principios bactericidas han podido ser puestos en evidencia.

En tales condiciones, desde que se ha establecido que materias de esta naturaleza se encontraban, en parte, en los plasmas de los descendientes, forzoso es pensar que los tejidos de estos descendientes recibieron de los ascendientes la facultad de fabricar estas materias. Todo el mundo admite esa trasmisión á propósito de las diferentes propiedades fisiológicas; todo el mundo admite que los órganos de los hijos funcionan esencialmente como los de sus padres. Se puede entonces, aceptar que los elementos anatómicos de los hijos producen sustancias perjudiciales á los bacterios por la razon de que estos elementos anatómicos, en el padre ó en la madre, producian tales sustancias. Si esta trasmision es inconstante é incompleta; si no tiene tendencia á persistir, es que, conforme á las leyes conocidas de la evolucion, todo carácter recientemente adquirido, toda funcion accesoria, sobreañadida y, por decir así, de lujo, están destinados á desaparecer si esfuerzos repetidos no actúan para mantenerlos.

Así, poco á poco, en este gran problema de la herencia, llegamos á fijar la parte que toca á una y otra de las células que entran en accion en el momento de la fecundacion. (*Arch. de Physiologie*, 1895, Nº 1.)

CIRUJIA PRÁCTICA

¿COMO DEBE TRATARSE LAS HEMORROIDES?

II

Las hemorroides que es preciso operar

Los principales accidentes que reclama la operacion quirúrjica son: procidencia constante con tendencia cada vez mas acentuada al prolapso de la mucosa rectal; reduccion difícil de estas hemorroides procidentes; molestia considerable en la estacion de sentado; dificultad de la marcha; dolores vivos en la defecacion; frecuencia de poussées fluxionarias y sobre todo, hemorragias.

Esta última complicacion es la que obliga mas á menudo á intervenir, pero á condicion de que no sean simples pérdidas sin importancia y aún útiles á ciertos pletóricos, sino cuando son muy abundantes, sobrevienen en cada deposicion y ocasionan un estado anémico.

Naturalmente, hay que ensayar antes el tratamiento médico indicado (veáse el número anterior de estos Anales.)

Entre los procedimientos de intervencion hay muchos y buenos; su eleccion no es indiferente, teniendo cada uno sus indicaciones y contraindicaciones.

Pero el mas simple y, sin duda, uno de los mas eficaces es la *dilatacion forzada del ano.*

Sus indicaciones principales son: hemorroides internas no procidentes, que solo se revelan casi por hemorragias; fisuras dolorosas unidas á las hemorroides; esfinter contracturado ó por lo menos, muy resistente. Está contraindicada cuando el esfinter es amplio, blando, y cuando las hemorroides son habitualmente procidentes.

Para hacer la dilatacion forzada debe hacerse la anestesia por el cloroformo; de otro modo, aparte de ser un proceder bárbaro, es ineficaz porque se hace incompletamente. Es indispensable anestesiar completamente al enfermo; muchos accidentes graves han sobrevenido por haberse limitado á adormecerlo apenas; en esas condiciones, la desgarradura de los filetes nerviosos de la region esfinteriana, produce un reflejo bulbar mortal por su repercusion sobre el corazon.

Dá tambien buenos resultados la anestesia local por la cocaina con aplicacion de un tapon embebido y con inyecciones en el espesor del esfinter, teniendo cuidado de no pasar de 6 centigramos.

El recto deberá haber sido préviamente desembarazado de las materias fecales por un purgante administrado la víspera y por lavativas ó inyecciones en el dia de la operacion. Es útil tambien practicar, desde dias atrás, la antisepsia intestinal.

Para la operacion misma, el uso de los dedos puede bastar. El cirujano introduce un índice y despues el otro, dorso á dorso. Los aparta progresivamente y hace penetrar luego los dos medianos; suavemente, aparta en seguida los cuatro dedos, dos á dos, hasta que el ano sea ámpliamente

abierto y la cara palmar de los dedos sea detenida por las tuberosidades isquiáticas.

Es preferible el uso del espéculum, bastando en la generalidad de los casos el de Ricord. No se olvide de proceder suave y progresivamente y de pasar el límite superior del esfinter.

La dilatacion dá lugar á una hemorragia sin importancia y á desgarraduras de la mucosa. La region será irrigada con una solucion saturada de ácido bórico; se colocará un poco de gaza iodoformada por delante del ano, algodon y un vendaje en T. La introduccion de una mecha es inútil y molesta.

El dolor que sigue es casi nulo; hay mas bien una sensacion de peso y tension.

Con frecuencia, la dilatacion es seguida de una retencion pasajera de orina que casi nunca pasa de 48 horas; es menester entonces que el médico sonde al enfermo.

Se puede mantener constipado al enfermo durante tres ó cuatro dias, pero no mas. La primera deposicion va acompañada á veces de una lijera hemorragia y es dolorosa. Pero, en adelante, el enfermo está casi siempre definitivamente curado.

Los accidentes que pueden sobrevenir son de dos especies. El enfermo puede presentar, durante un tiempo variable, una incontinencia pasajera de las materias fecales; puede ser incomodado por un ligero prolapso de la mucosa rectal. En otros casos, en fin, un pequeño *bourrelet* hemorroidario puede hacerse procidente de un modo permanente. Estos accidentes son, por lo demás, muy raros; se deben á que la dilatacion se ha hecho sobre un esfinter ya débil,—debilidad que, lo hemos visto, contraindica el empleo del procedimiento,—sea á que esta dilatacion ha sido llevada demasiado lejos y, sobre todo, demasiado bruscamente, de un solo golpe. Es necesario, lo repetimos, obtener la dilatacion de una manera progresiva.

Si un *bourrelet* hemorroidario queda procidente. es fácil, algunas semanas mas tarde, reducirlo por la aplicacion de algunas puntas de fuego en su espesor; por lo demás, él no es nunca hemorrágico.

En resúmen, la dilatacion aplicada con discernimiento y

metódicamente ejecutada, es pues una operacion de las mas simples. Su benignidad es absoluta, su eficacia es la regla.

Nos faltaria conocer su modo de accion; no lo conocemos aún con certidumbre, y discutir las diversas hipótesis, seria pasar los límites de este artículo que tiene la simple pretencion de ser y de quedar práctico.

A. RICARD.

(*Continuará.*)

(De la *Gazette des Hôpitaux,* 14 de Fobrero de 1895.)

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

SESION DEL 22 DE MARZO

Eleccion

Se designa para componer la comision redactora de la Revista de la Sociedad, á los Dres. M. Aberastury, Esteves, Julio Mendez, Decoud y Avelino Gutierrez.

Diagnóstico bacteriológico de la difteria

Dr. Mendez. — Con motivo del movimiento ocasionado por la vulgarizacion del tratamiento de la difteria por la antitoxina, ha tenido ocasion de practicar exámenes numerosos de falsas membranas diversas y cree útil presentar esos resultados á la par que hacer ciertas observaciones referentes á los medios de estudio usados en estos casos.

Los resultados no presentan acá tanta importancia como en la mayor parte de las estadísticas europeas, porque no se tiene datos clínicos sobre la gran mayoria de los enfermos cuyas producciones pseudo-membranosas se ha examinado.

La estadística comprende dos grupos, el uno formado por los exámenes pedidos por la Casa de Aislamiento, y el otro correspondiente á los particulares. Del primero ha sido posible obtener una relacion de los diagnósticos clínicos y compararlos con los resultados del exámen bacteriológico; es pues, el más importante.

El total de casos estudiados ha sido de 153, correspondiendo 125 á la Casa de Aislamiento y 28 á particulares.

De los 125 casos provenientes de la Casa de Aislamiento, 64 revelaron la existencia del bacilo de Löffler, que faltó en

los otros 61. En 45 % de aquellos 64, el bacilo existia al estado de pureza; en el 55 % restante estaba mezclado á otros microorganismos (streptococos y staphilococos, pneumococos que el autor cree deber identificar con el diplococo de Barbier, y otro coco grande, no patógeno). De estos microbios agregados, el más comun era el streptococcus pyogenes.

De los 28 exámenes particulares, el 50 %, ó sea más ó menos igual proporcion que en el grupo anterior, encerraban el bacilo de Löffler puro, estando en el resto de los casos mezclado de idéntica manera. Una vez, cosa curiosa, no se encontró microbio de especie alguna en una pseudo-membrana, á pesar de ser un caso diagnosticado clínicamente de difteria y tratado ya por la antitoxina. Sobre este último punto, las modificaciones que la inyeccion de suero puede traer á las falsas membranas, nada podria decir el orador, debido al corto número de exámenes practicados en esas circunstancias.

Hay algunos hechos importantes que se deducen de la estadística del primer grupo. La mortalidad en la Casa de Aislamiento, ha sido exactamente igual (30 %) en los dos grupos de casos, en que el bacilo de Löffler existia ó faltaba. Más todavia, en todos los casos en que la difteria, ha sido faríngea y laríngea (angina y crup), la mortalidad ha sido de 50 %, sea que existiera ó no el bacilo de Löffler; se ve que, segun esto, la importancia pronóstica del bacilo, parece ser nula.

De las falsas membranas examinadas, 6 correspondian á casos de crup primitivo, que fueron traqueotomizados y curaron todos. Solo en uno de ellos se encontró el bacilo de Löffler.

Se ocupa luego el orador del modo de practicar el exámen y manifiesta la conclusion á que ha llegado despues de muchos estudios, de que basta en la gran mayoria de los casos el prolijo exámen microscópico, sin necesidad de recurrir á los cultivos. Presenta varias preparaciones en que se ve el bacilo de Löffler y hace notar que se presenta generalmente bajo formas irregulares y que se tiñe desigualmente, de modo á aparentar, á un exámen ligero, la forma de cocos pequeños; si se fija uno bien, nota generalmente que en los espacios claros, hay una ó dos lineas delgadas, apenas coloreadas, que son los bordes del bacilo (bacilo traposo de los franceses).

Para este exámen, basta seguir un procedimiento muy sencillo que fué indicado por Neisser, pero que nadie practica en Europa. Consiste en restregar la falsa membrana ó el pedazo de algodon manchado con ella sobre un porta-objeto que se acaba de esterilizar á la lámpara y que está aún caliente; la falsa membrana, en pequeños fragmentos, se fija así y basta colocar encima una gota de la sustancia colorante, dejarla actuar un instante, lavar y montar, para obtener una buena preparacion.

Se economiza así tiempo y laminillas cubre-objetos, cosa que no es de despreciar cuando hay que hacer un gran número de exámenes.

La materia colorante de que se ha servido siempre con excelente resultado, es la solucion de Löffler, teniendo cuidado de mantener en frascos separados la solucion de potasa y la del azul de metileno, para mezclarlas en el momento de usarse.

Respecto de la *constitucion histológica de las pseudo membranas*, casi siempre se las ha encontrado formadas de fibrina, encerrando en sus mallas glóbulos blancos ó células epitaliales escasas. En algunos casos, parecia encontrarse en presencia de una verdadera necrosis de coagulacion.

Ha parecido que el *aspecto* de las falsas membranas respondia por lo general á su naturaleza. Así, en los casos diagnosticados de angina pultácea, sin bacilo de Löffler, ellas eran más blandas, más mucosas que las otras. Por lo demás, es bueno recordar que se ha encontrado el bacilo de Löffler en casos diagnosticados como angina pultácea, no diftérica.

El orador cree útil detenerse en seguida en el estudio de los procedimientos aconsejados para enviar á los laboratorios las falsas membranas. Recuerda que, en Nueva York, se emplea uno que está siendo adoptado en todos los países de Europa. Consiste en enviar á las farmacias dos tubos de vidrio, conteniendo el uno suero en condiciones de servir para el cultivo y el otro una aguja de platina y un poco de algodon aséptico; el médico saca con la aguja un poco de la falsa membrana y lo pasa por la superficie del suero; el todo es remitido en seguida al laboratorio. En Paris se hace ahora lo mismo, agregando además una espátula, inútil en realidad. Este procedimiento es bueno, pero expone á romper

los tubos, aparte de que el suero se deseca y se hace inapto para el cultivo, al cabo de cierto tiempo; difícil es tambien que se conserve aséptico.

Un médico aleman ha propuesto últimamente hacer cajas con papel grueso de cartas y llevar adentro algodon esterilizado, con el cual se restrega la falsa membrana; el todo es enviado luego al laboratorio.

El orador ha hecho experiencias para utilizar, con ese objeto, las cajitas de carton de las farmacias y se ha convencido de que pueden perfectamente servir, siendo preferibles las redondas porque la retraccion es mas uniforme. Las cajas, con un poco de algodon adentro, pueden ser esterilizadas en la estufa seca ó, mas simplemente, en la plancha de una cocina económica, que llega á tener mas de 200°; en cinco ó diez minutos, el algodon queda ligeramente quemado, lo que, para los prácticos, significa alrededor de 110°. Bastaria, pues, llevar esas cajas, tomar en el momento el algodon con una pinza que se desinfecta á la llama, restregar la falsa membrana, echar el algodon á la caja y enviarlo al laboratorio.

Ruptura traumática del hígado

Dr. Llambias Mir.—Presenta un hígado con desgarraduras múltiples en un individuo que se cayó de una altura de 15 metros; hombre de 22 años, sin alteracion hepática alguna, como puede verse.

Recuerda que, segun Terrillon, en las rupturas por contragolpe, el hígado, al chocar contra el diafragma, las costillas ó la columna vertebral, ó al enderezar bruscamente sus curvaduras naturales, se desgarra.

En el caso actual las desgarraduras son, en su mayor parte, transversales y mas profundas cerca del borde posterior de la cara superior, es decir, tal como se producen cuando se trata de una presion externa, segun Morris.

No están de acuerdo los autores sobre los puntos de preferencia de las rupturas. Las desgarraduras pueden curar, como lo prueba el caso de Athol Johnson.

Dr. Badia.—Cita cinco observaciones de rupturas viscerales, recogidas en el Instituto de Anatomia Patológica de la Facultad, desde el año 92 al 94. Las desgarraduras radicaban en el hígado, el bazo, el riñon, la S ilíaca.

Dr. FRANCISCO SILVEYRA

En prensa ya el presente número, apenas tenemos tiempo de dar la fatal noticia del fallecimiento de este distinguido consócio y de deplorar pérdida tan sensible para el cuerpo médico y para el país.

Año XVIII — 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII — Nº 7

Anales del Círculo Médico Argentino

ABRIL 15 DE 1895

Consideraciones clínicas sobre el tratamiento de la apendicitis

por el doctor P. Barbieri

Ex-interno, por concurso, de los hospitales San Roque y Rawson

El concepto clínico que hasta hace poco se tenia de la tiflitis daba escaso asidero al tratamiento quirúrgico; pero, desde que se ha demostrado la rareza é insignificancia de las lesiones del ciego y, al contrario, la importancia preponderante de las del apéndice, la intervencion activa se ha puesto á la órden del dia. Concepto clínico

Ardientes y sostenidas han sido y continúan siendo las discusiones suscitadas con motivo de la adopcion de procedimientos quirúrgicos contra la apendicitis; pero, por fortuna, los expléndidos resultados conseguidos, han abierto paso al bisturí y hecho retroceder cada vez más á los métodos simplemente terapéuticos, limitándolos á cierto número de casos no muy precisos y bastante restringidos por cierto. Procedimientos médicos y quirúrgicos.

La dificultad de la intervencion en las apendicitis se refiere al momento oportuno en que debe verificarse. La incision precoz ha dado seguramente buenos resultados, pero ¿estamos autorizados á resecar un apéndice sano ó que presenta lesiones poco marcadas, como las que se encuentran en los casos de intervencion temprana? Y aun cuando de ello no resultara inconveniente alguno, ¿podemos exponer á un enfermo á los peligros de una intervencion no siempre inocente, ya que la muerte puede sobrevenir á consecuencia de ella, cuando no estamos seguros de lo que vamos á hallar? Momento de la intervencion.

¿Cuál es el verdadero momento, el momento medio, si se nos permite la expresion, tras del cual se afanan todos los autores? Momento medio.

Dificultades para establecerlo

La dificultad de establecer por el exámen objetivo y subjetivo del enfermo las lesiones anátomo-patológicas, hará imposible ó por lo menos, retardará la contestacion definitiva.

Si es posible por la concomitancia de ciertos síntomas, anunciar la presencia del pus; si se puede, por otros, diagnosticar la perforacion apendicular, es imposible decidirse, en la mayoría de los casos, antes de que estas circunstancias se observen, sobre la extension probable de la enfermendad y por consiguiente, sobre la conveniencia de la intervencion quirúrgica.

Se presenta un enfermo con lo que llamamos, con Talamon, un cólico apendicular; ¿qué seguridad tenemos, cualquiera que sea por otra parte su mecanismo, de la limitacion de la enfermedad á ese período? ¿Cómo sabremos si el escibalo será finalmente expulsado por las contracciones vermiculares al interior del ciego, ó permanecerá enclavado ahí ocasionando la gangrena del órgano y sus consecuencias ulteriores?

Intervenciones precoces.

Los americanos, animados con los éxitos obtenidos por las intervenciones precoces, de las que se ha abusado quizá tanto como de las castraciones en la mujer, se han pronunciado decididamente por ellas.

Remision.

En muchos ó casi todos los ataques de apendicitis, hay un período de remision intermedio y que sin embargo, solo es una trégua desleal concedida por la enfermedad al organismo, pasada la cual, repite sus ataques con más energia y más peligro para la economia.

Apendicitis recidivantes.

En los casos de apendecitis recidivante hay probabilidad de que el órgano no se ulcere ó perfore; pero, solo al cabo de la cuarta ó quinta recidiva es cuande esto puede afirmarse; en los demás casos, no solo no es posible predecir la perforacion, sino que aun hecha, tarda algun tiempo en revelarse por signos accesibles á nuestros medios de diagnóstico (cuando la perforacion se verifica fuera del peritoneo en el tejido celular periapendicular) si no es que, contra toda prevision, los síntomas de la penetracion del pus á la serosa, son los primeros en manifestarse.

Perforacion desconocida.

Por otra parte, como bien lo han establecido varios autores, habitualmente el enfermo, atacado por vez primera de apendicitis, toma sobre sí mismo el cargo de medicinarse creyéndose presa de una simple indigestion; recien al cabo de tres ó cuatro dias recurre al médico; es decir, el tiempo suficiente para

que la perforacion se establezca ó no definitivamente. Pero, aun hemos de insistir sobre la posibilidad de una ruptura tardia del apéndice y entonces se verá cuán difícil es pronunciarse respecto de la intervencion precoz, de la abstencion ó de la intervencion tardia que, en muchos casos, puede ser como decidirse entre la vida y la muerte.

Rupturas tardias. Su posibilidad.

Las consideraciones en que venimos extendiéndonos se agolpan al espíritu del médico de responsabilidad llamado á asistir un atacado de apendicitis.

Si la perforacion ya está hecha la intervencion activa no puede ser rechazada; pero, si al cabo de cuatro dias no existe, ¿debe la abstencion ser la regla? Sí, dicen algunos; no, replican otros. (1) Recordando que en las apendicitis sub-agudas los síntomas son muy poco marcados, aun cuando la perforacion exista y que ésta solo puede darse á conocer de modo á hacer comprender al cirujano la imposibilidad de intervenir ya, nos parece justo no atar las manos del práctico y darle libertad para intervenir si por cualquier razon plausible llega á sospechar la presencia del pus en la proximidad del apéndice aun antes del cuarto dia.

La perforacion existe.

En las apendictis recidivantes, la intervencion no está sujeta á tantas dudas. La enfermedad no hace peligrar la vida, pero convierte al paciente en valetudinario; lo condena á un sufrimiento intermitente sí, pero tenaz, y pocos, muy pocos son los enfermos que no reclamen á gritos los auxilios de la cirugia despues de 5 ó 6 ataques consecutivos. La operacion en estos casos está bien indicada y puede decirse que es hasta exigida por el interés del enfermo; pero aquí, si la indicacion es fácil, la operacion es difícil y engorrosa.

Intervencion en las apendicitis recidivantes.

II

Si la apendicitis es supurada, si el médico debe operar, dos vias se le presentan á ese objeto; la incision al nivel del borde interno del oblicuo mayor del abdómen en su interseccion con el recto ó la seccion del músculo en la direccion supuesta del apéndice—incisiones laterales—y la línea media.

Intervencion en las apendicitis supuradas.

Dos vias: lateral y media.

(1) Treves, para ponerse al abrigo de cualquier eventualidad, rechaza toda intervencion antes del quinto dia en la forma aguda circunscripta.

Si la realidad de la perforacion no es siempre posible aseverar, el diagnóstico de la apendicitis no es tampoco siempre fácil de hacer; la confusion con la invaginacion ó el bolo ó la obstruccion por cualquier otra causa es cometida con frecuencia. De ahí que la incision media, usada al principio basándose en un error de diagnóstico, se haya hecho de regla para algunos pocos cirujanos. Es de regla cuando la peritonitis se generaliza; pero, en los demás casos no presenta ventajas particulares, además de alejar al cirujano del punto en que va á intervenir.

Causas de la incision media.

Incisiones laterales.

Las incisiones laterales son preferibles; pero entre éstas, ¿puede el cirujano elegir indiferentemente cualquiera ó debe dar la preferencia á alguna de ellas?

Cual es preferible.

Siempre seria preferible hacer la inicision al nivel del borde externo del recto mayor del abdómen, « pero desgraciadamente el pus se junta habitualmente más hácia fuera y es fácil por esta incision caer sobre la cara interna del foco y abrir la parte de peritoneo—sano y al abrigo de la infeccion ».

Treves, Roux.

Es pues necesario adoptar, entre las incisiones laterales, la oblícua de Treves ó de Roux; la primera, que cruza oblícuamente la fosa ilíaca de arriba abajo y adentro y termina por fuera de los vasos ilíacos; la segunda, paralela al arco de Poupart, del que dista uno ó dos centímetros, deja la arteria epigástrica en la parte inferior é interna de la herida.

Extension de las incisiones.

Estas incisiones oblícuas deben ser bastante extensas para permitir al cirujano maniobrar cómodamente al mismo tiempo que alejen el peligro de una eventracion; doce centímetros son habitualmente suficientes á este objeto.

Técnica.

Despues de cortar capa por capa cualquiera que sea la incision adoptada, se incinde el peritoneo en su parte superior y externa á fin de explorar con el indice los alrededores del apéndice. Si no se presenta pus, se agranda la incision peritoneal, se investiga nuevamente la situacion del órgano en cuyas inmediaciones haya de encontrarse el abceso. Una vez hallado, se dá salida al pus, cuidando siempre que no haga irrupcion en la serosa próxima y se reseca el apéndice ó nó, segun las condiciones en que se le descubra.

Reseccion del apéndice.

La reseccion del apéndice, ha levantado numerosas controversias, que parecon no tener miras de concluir. Sistemáticamente, es imposible sostener la necesidad de dejarlo siempre ó de resecarlo constantemente.

Desde luego, haremos notar la alguna frecuencia con que no se hallan ni vestigios de este órgano al hacer la operacion; la gangrena lo ha desprendido espontáneamente del ciego, flota en el pus del abceso bajo una forma más ó menos difícil de reconocer y sale con él al exterior, en cuanto se abre el abdómen. En estos casos, naturalmente, no puede hablarse de reseccion; ella ha sido espontánea evitando la naturaleza ese trabajo al cirujano.

La reseccion no es posible por otra parte ó presenta numerosas dificultades cuando el apéndice es fijado por adherencias muy fuertes y espesas ó, más bien dicho, puede ser posible, pero á costa de esfuerzos muy considerables y de muchísimo trabajo inútil. En estas condiciones debe ensayarse la extraccion del apéndice, pero no insistir mucho en ella, aunque su permanencia en la cavidad peritoneal llegue á ocasionar, á veces, recidivas que requieran una nueva operacion. Pero, como lo hemos dicho, la reseccion es á veces imposible; tal es la masa de adherencias que rodean al apéndice, y entonces hay que abandonarle.

Intervenciones ulteriores.

En muchas ocasiones despues de una primera intervencion, muchas de las falsas membranas y adherencias se reabsorben y ablandan; entonces, si las molestias persisten, la segunda operacion permite al cirujano llevar á cabo la reseccion, en condiciones mucho más ventajosas que en la primera.

Discusion.

Debe dejarse un apéndice que no presente lesiones apreciables á simple vista ó es conveniente resecarlo? Los cirujanos de los Estados Unidos han respondido á esta pregunta preconizando la reseccion precoz.

El apéndice es un órgano sin funciones fisiológicas determinadas; su presencia en la cavidad peritoneal solo se manifiesta por las lesiones á que da orígen; su reseccion no es seguida de inconvenientes y, más que todo, pone al abrigo de recidivas. Confesamos que este razonamiento casi nos seduce; nos inclinamos voluntariamente á la reseccion siempre que haya una lesion siquiera sea ligera, pero apreciable, del apéndice. En el caso contrario, no sacaríamos este órgano sin remordimiento y máxime, si no hemos hallado pus como ha acontecido con frecuencia á los americanos en sus intervenciones precoces. En estas circunstancias, seria complicar inútilmente la operacion: abrir, si el caso lo requiriese, sin necesidad la cavidad peritoneal todavia sana ó

Necesidad de una lesion.

casi sana haciendo correr mayores riesgos á la vida del enfermo.

Curacion sin reseccion.

La verdad es que no escasean los ejemplos de operados á quienes no se les ha sacado el apéndice y no por eso han continuado menos gozando, despues, de una salud irreprochable.

Ante esos ejemplos, el cirujano debe inspirarse cuerdamente y no resecar á tontas y á locas todo apéndice que llegue á tener á mano, como desgraciadamente aun lo hacen muchos.

Conducta ecléctica.

Una conducta ecléctica debe, pues, ser la norma del cirujano; resecar el apéndice cuando presente lesiones que lo hagan sospechar sin esperar su expulsion espontánea por la gangrena, despues de la operacion; no extirparlo cuando parezca sano (condicion que solo se presenta habitualmente en las operaciones precoces) ó exija para ello grandes destrozos.

En las apendicitis recidivantes

En las intervenciones por apendicitis recidivantes es cuando suele presentarse esta última circunstancia; el apéndice se halla perdido en una masa de falsas membranas y fuertemente sujetado por ellas á las partes adyacentes. En estos casos, todos los autores están de acuerdo en significar los peligros de llevar adelante la reseccion prefiriendo, si es necesario, cerrar el vientre y hacer una operacion inconclusa.

Incision media y laterales combinadas.

Hasta aquí no hemos hecho mencion sino de la incision media y de la lateral empleadas con exclusion una de la otra; ahora bien, casos hay en que se emplean los dos simultáneamente, agregándole una tercera al nivel de la fosa iliaca izquierda. Estos casos, son los de peritonitis generalizada causada por la rotura del abceso peri-apendicular en el anterior de la serosa peritoneal. El drenaje ámplio del peritoneo infectado requiere este lujo de incisiones y lo justifica; á él se le deben varios éxitos operatorios que no hubieran podido conseguirse de otro modo.

Drenaje.

El cirujano debe tener siempre presente, cuando el peritoneo se halle infectado, la necesidad del drenaje ó, por lo menos, lo imprudente que seria suprimirlo en estas circunstancias ya que facilitando la salida de los materiales sépticos permite á la serosa luchar con más ventajas contra la infeccion.

Precauciones preliminares y posteriores.

Exprofeso hemos dejado de mencionar las precauciones preliminares, actuales y posteriores á toda operacion abdo-

minal. En este, como en todos los demás casos análogos, las reglas de la antisepsia ó asepsia deben rigurosamente observarse; el peligro de la eventracion debe hallarse siempre presente al espíritu del práctico, á fin de tratar de obtener la reunion por primera intencion; el uso de una faja abdominal, es tambien aquí de regla despues de retirado el drenaje - si se ha colocado — ó en caso contrario despues de sacar los hilos de sutura.

Tampoco hemos insistido sobre la facilidad más ó menos grande de reconocer la presencia del pus mediante punciones prévias á la incision del peritoneo, pues ellas no dan resultado en la mayor parte de las veces, aun cuando en algunas ocasiones llegan, por casualidad, á penetrar en el interior del abceso. La incision del extremo superior del peritoneo, la investigacion con el dedo índice de la mano derecha y el agrandamiento ulterior de la herida peritoneal, dan mejor cuenta de la posicion del abceso que cuantas punciones exploradoras puedan hacerse. Puncion.

III

Hemos dicho en alguna parte, en el curso de este trabajo, que no todas las apendicitis son pasibles de intervencion quirúrgica; algunas curan por los medios terapéuticos que vamos á indicar someramente. Apendicitis no quirúrgicas.

El síntoma dominante en la apendicitis, el dolor, se combatirá por medio de la morfina cuyos efectos sedantes no se hacen esperar; los vómitos, muchas veces tan rebeldes, se calmarán por la administracion de la pocion Riviere ó de hielo; la constipacion, requerirá el uso de un purgante suave, administrado despues que todo fenómeno doloroso haya cesado.

La aplicacion de sanguijuelas al principio del ataque, cuando la fosa ilíaca derecha está muy dolorida y la tension muscular es acentuada, es sumamente racional y alivia considerablemente al enfermo; procedimiento preferible á colocar una bolsa de hielo sobre la region, aunque tambien así se obtengan buenos resultados. Sanguijuelas.

Despues de la administracion del purgante, el enfermo debe guardar reposo en cama durante algunos dias hasta que el dolor, espontáneo ó á la presion, haya desaparecido. Purgantes.

Hielo.

Durante este tiempo, la bolsa de hielo puede prestar reales servicios ayudando á la decongestion y oponiéndose á las recidivas inevitable por el encajamiento de un nuevo escíbalo por ejemplo, en el interior del apéndice cuyas paredes, contraidas por efecto del frio no permitirán su introduccion. La peritonitis local causada por el ataque, así como el dolor serán benéficamente influidas por la accion del hielo.

Apendicitis en los niños.

Todo cuanto aquí hemos dicho se refiere á la apendicitis del adulto; esta afeccion en el niño, aunque idéntica en sus lesiones anátomo-patológicas, difiere algo en su evolucion, lo que da orígen á indicaciones tambien algo distintas.

Palabras de Talamon.

Cuando se constatan los signos de una peritonitis en un niño hasta entonces sano, hay que pensar en la perforacion del apéndice, dice Talamon. Estas palabras reflejan la prontitud con que en el niño evoluciona la apendicitis y por consiguiente, con cuánto mayor apresuramiento habrá que sentar la necesidad de intervenir activamente.

De regla es, en efecto, que la apendicitis en los niños se haga rápidamente perforante, sin que esto signifique que muchas veces no basten los medios médicos para dominar la inflamacion que, por fortuna, solo se limita entonces á producir los síntomas de un cólico apendicular ó de una apendicitis parietal.

IV

Ejemplos.

Á continuacion damos dos historias escogidas entre un sinnúmero, en las que podrá el lector apreciar las ventajas del tratamiento médico en algunos casos y el mal éxito del quirúrgico en otros, cuando la intervencion se retarda demasiado basándose en los engañosos síntomas á que da lugar el periodo de remision.

Historia.

Angel P., 28 años de edad, cocinero, ingresa al Hospital Rawson, sala X núm. 7, el dia 8 de Febrero, atacado de apendicitis. La afeccion que habia empezado el dia 5 del mes se presentaba con todos los síntomas clásicos: dolor en la fosa ilíaca derecha, empastamiento, dolor en el punto de Mac Burney, fiebre remitente, etc., etc. La afeccion habia comenzado al dia siguiente de algunos desarreglos hechos por el enfermo en la comida. El enfermo tomó el dia primero un purgante por cuenta propia y pasó muy mejorado los

otros dos hasta que sintiéndose muy mal el dia 8 ingresó al hospital. Se le instituyó un tratamiento médico apropiado haciéndosele los dias 8 y 9 dos enteroclisis con agua boricada y hervida; pocion Riviere, contra los vómitos; ópio, contra el dolor.

El dia 8 lo pasa bastante bien; la temperatura por la noche apenas llega á 38°. El dia 9 á los once de la noche, dolores agudísimos en la fosa iliaca derecha, meteorismo exagerado, que se tratan de combatir por aplicaciones de hielo.

Como el enfermo siguiera agravándose, se interviene el 10 de Febrero haciéndose una laparotomia media que confirmó los temores del cirujano; se habia desarrollado una peritonitis por perforacion. Los intestinos congestionados, se hallaban en ciertos puntos cubiertos y agentinados por falsas membranas. El apéndice se encontró perforado y fuertemente adherido á la fosa iliaca, por lo que, dado el estado del enfermo, no fué resecado.

Se hizo un gran lavaje de la cavidad peritoneal; se cerró el abdómen, se aplicó hielo al exterior y se le administraron píldoras de ópio para inmovilizar el intestino. A pesar de estas precauciones el enfermo falleció á las 48 horas de operado y aunque desapareciese al dia siguiente de la intervencion el colapso que tuvo inmediatamente despues de ella.

La lectura atenta de este caso nos demuestra cuán poco debemos fiarnos en las reglas precisas respecto al momento oportuno de la operacion. Treves quiere que no se opere sino despues del quinto; en este caso, la operacion verificada en esas circunstancias no tuvo resultado, pues fué, á todas luces, completamente tardia. La operacion verificada del tercero al cuarto dia hubiera sido realmente eficaz ya que la irrupcion del pus al peritoneo ó la perforacion parece haberse verificado verosímilmente el dia cuarto por la noche. Hasta el tercer dia el caso se presentaba dudoso; parecia que se trataba de una forma aguda circunscrita y sin embargo pronto llegó el desengaño. Crítica.

Enfermo ingresado á la sala X (Hospital Rawson) con tres dias de enfermedad, dolores agudos en la region del apéndice, punto de Mac-Burney, constipacion, vómitos frecuentes, postracion general aunque no muy acentuada. Historia.

El diagnóstico de la apendicitis no era dudoso y el tratamiento instituido fué el siguiente: Aplicacion de sangui-

juelas en la fosa ilíaca derecha, inyeccion de morfina por la noche y administracion de un purgante de calomel.

La mayor parte de los síntomas se modificaron por estos medios unidos al reposo absoluto del enfermo en decúbito supino. Al cabo de ocho dias no habia más dolor ni esponténeo ni á la presion y se le dió de alta.

Discusion.

La administracion de purgantes en la apendicitis ha dado orígen á discusiones aun no agotadas. ¿En qué momento deben darse? ¿No facilitarán la ruptura del apéndice?

Hay que convenir en la posibilidad de este último accidente en los casos de lesiones graves del apéndice y por lo tanto reservar el uso de los purgantes para el momento en que hayan cesado los fenómenos agudos del principio, del primer dia, por ejemplo: ya espontáneamente ó ya mediante la aplicacion de sanguijuelas. La desingurgitacion conseguida por estos medios favorece la accion del purgante cuyos beneficios en estos casos no pueden negarse.

La eleccion del purgante no es indiferente; deben evitarse á todo trance los drásticos y administrar de preferencia calomel uno ó dos dias seguidos á dósis macizas ó refractas.

Buenos Aires, Mayo de 1895.

Comentarios sobre el uso de los vejigatorios

EN LAS

BRONCONEUMONIAS

Señor doctor G. Araoz Alfaro.

Mi distinguido amigo:

Permítame que comente el punto de su artículo sobre tratamiento de las bronconeumonias (ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO, Marzo 15) en lo que se refiere al uso de los vejigatorios.

Como Vd., he sido educado en la escuela de los vejigatorios; pero nunca he visto abusar de ellos, antes por el contrario he oido á los profesores de pediatria, que se deben usar con prudencia y nunca usarlos grandes, como en el caso que Vd. cita en que aplicaron un gran vejigatorio.

En este mismo caso refiere Vd. que aparecieron en el lado

opuesto nuevos focos, y parece que deduce de esto la ineficacia del medio terapéutico. ¿No podria ponerse esto á cuenta de una infeccion demasiado activa? ¿Se puede asegurar que con cualquier otro tratamiento no hubiera ocurrido lo mismo? Estas preguntas se imponen, y debieran contestarse antes de sacar deducciones.

Las estadísticas, segun Vd., no podrian resolver el debatido asunto, porque, como es cierto, «nada hay tan variable como la intensidad, forma y gravedad de las bronconeumonias»; pero dice en seguida que los datos de los hospitales confirman su modo de ver. No conozco esos datos ni sé si se han publicado. Si son investigaciones prolijas, metódicas y numerosas, si reunen todas las condiciones que requieren los estudios científicos, ¿cómo no publicarlos para que todos conozcamos sus conclusiones?

Creo que son las estadísticas severas y bien levantadas las que deben resolver este punto; y cualquier otro procedimiento pecaria de teórico y caprichoso.

No puedo, en virtud de mi poca experiencia, declararme en pró ni en contra de los vejigatorios; pero reclamo las razones para su desuso, toda vez que muchos los aceptan, y muchos cuya práctica no es de ayer. Así nos decia nuestro distinguido maestro el doctor Uballes, que á pesar de que muchos ponian en duda su eficacia, estaba convencido de lo contrario, ateniéndose á su propia experiencia.

Me permito creer que tienen sus indicaciones como todos los medios terapéuticos, y que en muchos casos sus beneficios son innegables. Su accion contra el dolor es evidente. Su accion sobre la marcha del proceso, discutible, segun Vd., pues espero el resultado de la discusion para atenerme á él.

Parece que Vd., no viera en el vejigatorio más que una herida terapéutica, producida en honor á un empirismo ciego, y despreciable, sin tener en cuenta que la cantárida, base principal de los vejigatorios, pasa á la circulacion general, obrando sobre los parénquimas. Y Liebreich ha sostenido que el uso de la cantaridina era benéfico en los casos de tuberculosis pulmonares (*Semaine Médicale* del 91, pág. 82 y 83) y últimamente para el lupus.

He querido llamar su atencion sobre un asunto, á mi modo de ver importante, y cuya solucion debe hacerse de una manera científica.

Instituya Vd. investigaciones serias, preséntelas á la consideracion de los hombres de estudio, y si Vd. deduce de ellas lo inútil del vejigatorio, entonces tendrá derecho á que todos aceptemos sus conclusiones.

Suyo affmo.

J. LLAMBIAS MIR

Abril de 1895.

Contestamos:

Si el doctor Llambias Mir no ha visto abusar de los vejigatorios, yo lo he visto, y el doctor Llambias no me obligará á que denuncie los abusos que haya presenciado porque me obligaria tambien á personalizarme. Pero esto no importa á la cuestion. Y, si usamos en el caso á que hice referencia, un vejigatorio grande, fué porque se trataba de un niño de bastante edad y no porque ignoráramos que se los aconseja pequeños.

Comentando ese mismo caso, dice el doctor Llambias que la aparicion de nuevos focos despues del vejigatorio debe atribuirse á una infeccion demasiada activa y que probablemente lo mismo habria pasado con cualquier otro tratamiento. Conformes, perfectamente conformes. Lo único que quisimos mostrar es que el vejigatorio habia sido tan ineficaz como cualquier otro agente.

Respecto á estadísticas, el doctor Llambias hace mal en citar incompletamente mi frase, cuando dice que despues de afirmar que ellas no podrian resolver el punto, agrega que los datos de los hospitales confirman mi modo de ver. He negado ciertamente que las estadísticas sirvieran al objeto y agregaba nó que los datos de los hospitales me daban razon, lo cual seria contradictorio, sino que *si hubiéramos de atenernos á ellos*, la ventaja estaria de mi lado. Ya ve el doctor Llambias que no doy importancia alguna á esos datos y no debe extrañar que no los haya publicado. ¿Cuáles son ellos? Estadísticas de mortalidad de hospitales en que el vejigatorio está en vigor y que son menos buenas que las mias, que no uso ese agente terapéutico, estadísticas que fueron recogidas por el señor Besio para su tésis y que no ha publicado por dificultades de trámite.

El Dr. Llambias cree que las estadísticas severas y bien levantadas son las que deben resolver este punto Yo creo todo

lo contrario y tratándose de bronco-pneumonias no confio absolutamente en estadísticas: 1º, porque se trata de una enfermedad que no tiene duracion fija y en la que, por consiguiente, no se puede saber si se acorta ó no su curso: 2º, porque no hay dos bronco-pneumonias iguales ni en intensidad de síntomas, ni en duracion, ni en gravedad real y, por consiguiente, no es posible comparar los diversos casos; 3º, y por fin, porque no es posible decir de antemano si una bronco-pneumonia será grave ó benigna, porque, como sabe todo médico que ha visto muchos de estos enfermos, gran número de bronco-pneumonias que parecian benignas terminan por la muerte y viceversa.

No perderé, pues, mi tiempo en compulsar estadísticas cuyo único valor, y escaso, estaria en el gran número de casos tratados por el mismo observador, de distintas maneras.

El Dr. Llambias reclama las razones que tengo para desechar el vejigatorio. Ya las expuse; son las siguientes: que jamás he reconocido en los enfermos efecto benéfico alguno imputable al vejigatorio y que teóricamente no le reconozco ventajas porque para disminuir la congestion tenemos muchos otros medios de accion constante, nada molesta y benéfica en otro sentido y porque dado el proceso bronco-pneumónico, no es posible concebir que el vejigatorio resuelva los focos existentes é impida la aparicion de nuevos. Y que el distinguido Dr. Uballes crea deber reconocerles utilidad como otros médicos de nota, no me obliga á mí á pensar del mismo modo, puesto que médicos tan eminentes como Jürgensen, para no nombrar sino una autoridad de primera fila, sostienen lo contrario y puesto que yo no he podido notar ningun efecto útil. En cuanto á que los vejigatorios quiten el dolor, le recordaré al Dr. Llambias que hay muchos medios mas eficaces y menos incómodos.

Que la absorcion de la cantaridina puede ser útil, dice el Dr. Llambias, porque Liebreich ha sostenido que era benéfica en la tuberculosis. Es cierto que así lo sostuvo Liebreich, guiado por la idea teórica de que debia determinarse una gran trasudacion de suero bactericida; pero no me explico que el Dr. Llambias cite esta tentativa desgraciada, hoy que ha sido abandonada despues de tantos desastres.

En cuanto á la exhortacion final de que «instituya investigaciones sérias y las presente á la consideracion de los hom-

bres de estudio», diré al Dr. Llambias que, si se trata de experiencias en animales, sobre creerlas poco adecuadas al objeto, debo declarar que no tengo competencia alguna para intentarlas. Si se trata de estadísticas, ya he dicho que no las creo útiles. A mi vez, le diré que quien sostiene la eficacia del agente podia tratar de demostrarla; el Dr. Llambias debe intentarlo, si se encuentra con fuerzas para ello.

En cuanto á mí, cualquiera que haya leido mi pobre artículo, habrá visto que no es otra cosa que la relacion de un práctico de poco valor sobre lo que ha visto y sobre la impresion que ha recibido de las diversas medicaciones. Y gracias si me atreví á arriesgar algunos argumentos teóricos que me parecian corroborar esas impresiones, sin pretender, por lo demás, convencer á nadie.

Despues de lo cual, quedo del Dr. Llambias, siempre affmo. amigo.

G. Araoz Alfaro

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

Sesion del 29 Marzo.

Un caso de astasia histérica con alteracion de la palabra

Dr. Estevez.—Presenta un enfermo muy semejante á otro que fué objeto de idéntica comunicacion el año pasado; habia hecho en aquel caso el diagnóstico de astasia consecutiva á la grippe.

Otro enfermo que ofrecia un sindroma análogo y que fué presentado por el Dr. Mendez como un caso de ataxia aguda de Leyden, murió, y á la autopsia se encontró lesiones que, aunque el Dr. Mendez creyó poder referir á la ataxia aguda, él piensa eran de esclerosis en placas.

El enfermo que ahora presenta es idéntico al de la primera observacion á que ha hecho referencia, pero la afeccion no es en él consecutiva á enfermedad infecciosa alguna. Es un adulto que hace varios años estuvo en Cuba donde padeció de paludismo y tuvo el vómito negro; despues volvió á España, de donde se trasladó últimamente al Brasil. Trabajaba en este pais cuando fué tomado por las tropas revolucionarias, sufriendo despues muchos reveses y siendo sorprendido una

noche por pederastas, hecho que lo impresionó vivamente y que parece ser el origen de su actual padecimiento.

Como puede verse, el enfermo está ajitado por un temblor de oscilaciones muy desiguales y cuya intensidad varia tambien mucho, habiendo instantes en que es muy poco acentuado y otros en que es sumamente violento. Por lo general, cuando el enfermo está sentado y tranquilo, el temblor es mucho menos marcado y se exagera notablemente cuando se pone de pié, á tal punto que juntando los piés, le es casi imposible mantenerse parado. El temblor es tanto del tronco como de los miembros; el enfermo puede caminar, con la cabeza y el tronco bastante inclinados hácia abajo. Los reflejos tendinosos están un poco exagerados. Los esfínteres conservan su tonicidad.

Conjuntamente con los síntomas indicados, el enfermo tiene, como es fácil notar, una marcada perturbacion de la palabra. Las sílabas son separadas por intervalos más ó menos largos, pero correctamente expresadas, y hay esto de muy notable é importante para el diagnóstico: que, así como hay momentos en que el temblor falta casi por completo, así hay instantes en que la palabra es enteramente normal.

El orador ha hecho en este caso el diagnóstico de astasia histérica, porque los caracteres del temblor no permiten atribuirlo á afeccion orgánica alguna. Por lo demás, el enfermo tiene estigmas histéricos, siendo uno de los más notables una zona histerógena pseudo-ovárica, muy dolorosa.

Es, pues, este el segundo caso observado por el orador de coincidencia de la astasia con perturbacion de la palabra, de naturaleza histérica. Separadamente, los dos síntomas habian sido señalados frecuentemente en la histeria pero, aunque *a priori* pudiera suponerse su coexistencia, no tiene conocimiento de que haya sido señalada en la clínica. Cree por eso interesante su observacion.

Es su opinion que el enfermo curará perfectamente.

Del empleo de la cocaina en cirugia.

Dr. Decoud. — Como lo han demostrado muchos cirujanos de nota, la cocaina puede ser empleada, con ventajas, en operaciones quirúrgicas, para las cuales se usa generalmente el cloroformo. Ha experimentado este agente en muchos casos y con excelentes resultados, y ha creido de utilidad traer á la Sociedad el contingente de sus observaciones.

Demostrado como está que no se necesita soluciones concentradas para obtener el efecto analgésico, usa el título de uno por ciento en las intervenciones prolongadas, habiendo obtenido con ellas una analgesia suficiente para poder operar sin molestia para el paciente. Es sabido, y Reclus lo ha demostrado en una prolija investigacion, que solo dósis exageradas de alcoloide originan accidentes graves. Así, en el caso mortal de Coromine, por ejemplo, se inyectó 160 centígramos y un poco menos en otro; — menos de 20 centígramos no han producido nunca accidentes de importancia, y esa misma dósis es mayor de lo que se necesita, puesto que él nunca ha usado más de 6 centígramos. Conviene recordar, por otra parte, que es bueno introducir primero la aguja para asegurarse de que no ha sido introducida en una vena, así como hacer guardar la posicion horizontal y evitar al paciente la vista de la operacion; la falta de estas precauciones origina, con frecuencia, síncopes más ó menos alarmantes.

Es en la curacion de las hernias que ha ensayado especialmente este método. La inyeccion es, á la vez, dérmica y subcutánea. Despues de la publicacion de su primera série de 81 curas radicales, el autor ha hecho 46 más sin ningun caso de muerte. Aún las hernias complejas son operadas sin dificultad con la anestesia cocáinica. La reseccion del epiplon es indolora, aún sin el empleo del anestésico. Lawson Tait sostuvo hace poco, en el « British Medical Journal », que en las operaciones de vientre, habia observado siempre una sensacion más viva de dolor, cuando seccionaba ó tocaba el peritoneo; en una investigacion abierta con ese motivo, muchos cirujanos ingleses declararon que habian hecho la misma observacion, otros confesaron no haber reparado en ello y otros, por fin, la negaron terminantemente.

En algunas operaciones, como las hernias estranguladas y algunas formas de oclusion intestinal en que el cloroformo es particularmente letal, cree el orador que la cocaina debe serle preferida. Se sabe, por otra parte, que Reclus ha empleado la anestesia cocáinica para practicar ovariotomias y que se ha empleado tambien este medio para enterostomias y gastro-enterostomias bien regladas, teniendo en esos casos la ventaja de no producir vómitos, como el cloroformo, causa frecuente de que se rompan los hilos de sutura.

Cree, pues, que debe aconsejarse el empleo de la cocaina en todas las operaciones bien regladas, con lo que operado y cirujano conseguirán ventajas, dejando solo para las intervenciones complejas el dominio del cloroformo y del éter.

CIRUGIA PRÁCTICA

¿Cómo debe tratarse las hemorroides?

III

Las hemorroides que es preciso operar

(Veáse los dos números anteriores)

Cuando las hemorroides son habitualmente procidentes, no son ya justiciables del tratamiento por la dilatacion forzada del ano. Reclaman una intervencion que vaya directamente contra ellas.

1º *La mas simple es la cauterizacion ignea.*

En el espesor de las hemorroides procidentes se hace penetrar, en varios puntos separados y profundamente, la punta fina del termocauterio llevada al rojo sombrio y mantenida algunos segundos en la herida que acaba de hacer.

Esta cauterizacion es seguida de fenómenos reaccionales bastante intensos. La hemorroide se inflama, se hace roja y dolorosa; pero todo se calma luego y el trabajo de cicatrizacion que sigue sofoca la red venosa intrahemorroidaria. La hemorroide se esclerosa y marchita: se ha trasformado en un marisco inofensivo.

Este procedimiento, simple, no es aplicable sino en el caso de hemorroide pequeña y aislada. No conviene cuando las hemorroides son múltiples, mal pediculadas, ó cuando constituyen un reborde circular no interrumpido.

2º En este caso, *es necesario destruir el paquete hemorroidario.* Para esto, varios procedimientos se emplean: *la ligadura, la destruccion con el hierro rojo, la extirpacion con sutura.*

No retendremos, entre todos los procedimientos, sino estos tres como los únicos prácticos y susceptibles de ser utilizados cada uno con indicaciones y ventajas diferentes:

a) La ligadura consiste, despues de haber bajado un paquete hemorroidal, en apretar fuertemente su base, es decir, su

pedículo, con un hilo sólido destinado á detener toda circulacion y á traer el esfacelo de la hemorroide así estrangulada.

Este procedimiento, de una gran simplicidad, tiene el gran inconveniente de dejar, sea en el ano, sea reducido en el recto, una hemorroide destinada á esfacelarse, reblandecerse y podrirse, y por consiguiente á infectar el organismo, sea por la mucosa rectal, sea por la herida que queda despues de su caida. La posibilidad de la infeccion, no obstante irrigaciones antisépticas, debe hacer en general, rechazar este procedimiento, no obstante la simplicidad de su ejecucion.

b) La destruccion de las hemorroides por el hierro rojo puede obtenerse de diversas maneras. He aquí la que nos parece deber ser preferida.

Anestesiado el enfermo, ó bien insensibilizada la region anal con ayuda de las inyecciones de cocaina, segun el modo descripto, el cirujano practica la dilatacion ámplia del ano por medio del espéculum. Esta dilatacion permite ver netamente los rebordes hemorroidarios; cada uno de ellos es tomado en su parte inferior, por una pinza hemostática cuyo peso solo basta para arrastrar fuera la hemorroide y pediculizarla. Sobre el pedículo se coloca, verticalmente en tanto que es posible, es decir, en el eje del recto, sea una pinza un poco larga ó un pequeño clamp, sea una pinza de fimosis, es decir, una pinza bastante larga para comprender entre sus dientes toda la altura del pedículo. Por debajo de esta pinza así colocada, se hace pasar lentamente el cuchillo, apenas rojo, del termocauterio, y se destaca así el reborde hemorroidal que viene con la pinza hemostática que le habia sido fijada. Se repite la misma operacion para cada una de las diversas partes. Pero es necesario tener cuidado de que quede entre cada corte de cauterizacion bandas de mucosa suficientes para evitar una atresia consecutiva del ano.

Cuando todo está terminado, se practica un lavage boricado, se unta las superficies cauterizadas con vaselina sublimada ó iodoformada y se coloca una mecha en el interior del orificio anal.

Este procedimiento que á menudo tiene éxito, presenta sin embargo ciertos inconvenientes. Cuando el operador saca la pinza clamp, los dos lábios de la superficie de seccion pueden separarse y sangrar bastante abundantemente; en todo caso una superficie se encuentra reducida en el recto, mal prote-

gida contra absorciones peligrosas. Para evitar este inconveniente en la medida de lo posible, es necesario tener cuidado de no seccionar el reborde hemorroidario al contacto mismo del clamp; se debe, al contrario, alejarse de él un medio centímetro próximamente de manera á dejar una escara mas gruesa y mas sólida que no se dejará extender por el desplegamiento de la mucosa.

Para obviar este inconveniente, ciertos operadores, antes de sacar el clamp, toman la precaucion de pasar con una ajuga de Reverdin, uno ó varios hilos de ligadura que constriñen la implantacion de la hemorroide mas allá del clamp. Este procedimiento mixto de la ligadura combinada con el clamp hace inútil la cauterizacion; por esto algunos cirujanos han adquirido el hábito de practicar una seccion con el bisturí en lugar del termocauterio.

No obstante los pocos inconvenientes que acabamos de señalar, la cauterizacion combinada con la aplicacion de un clamp, es un buen método que en una mano aun poco ejercitada, dá excelentes resultados.

c) El último procedimiento consiste en extirpar las hemorroides como si se tratara de un tumor y en suturar los lábios de la incision. Para llevarlo á término, es necesario que el operador tenga alguna práctica de la cirugia, no solamente al punto de vista de la aplicacion del método antiséptico, mas riguroso aquí que en los otros procedimientos, sino porque el acto operatorio mismo necesita un cierto hábito del bisturí. He aquí la técnica que conviene seguir.

El enfermo es purgado la víspera de la operacion; por la mañana, se acaba de desembarazar el recto con ayuda de lavages boricados.

Despues de ámplia dilatacion é irrigacion de la region esfinteriana, el bisturí traza, en la union de la mucosa y de la piel del ano, una incision circular; despues, teniendo cuidado de quedar fuera del tejido muscular del esfínter anal, el operador diseca el tejido hemorroidal remontando en el eje del intestino hasta la mucosa sana. Para facilitar la diseccion, es bueno dividir la superficie anal en dos, tres ó cuatro partes por incisiones verticales, convirtiendo la mucosa anorectal en dos, tres ó cuatro lengüetas. Se secciona trasversalmente por encima del tejido hemorroidal. Despues, la herida ámpliamente irrigada, se baja la mucosa que se ha tenido

cuidado de mantener por un collar de pinzas y se la sutura á la piel, con ayuda de puntos separados de seda ó de crin de Florencia. La region es aún una vez bien irrigada y enjugada y verificado el afrontamiento de las suturas, se introduce en el ano una mecha de gaza iodoformada, que se mantiene por una capa de algodon y un vendaje en T, metódicamente aplicado.

Se renueva la curacion si existe un poco de derrame serosanguíneo que la atraviesa. El enfermo es mantenido constipado cinco á seis dias por la administracion del ópio. En este momento, un purgante de aceite ó una lavativa glicerinada solicitan las primeras deposiciones. Despues de cada una la region será limpiada y desinfectada y la curacion aplicada de nuevo. El octavo, se puede sacar los hilos. En general la reunion es entonces completa y sólida. A veces uno de los hilos se ha cortado y persisten algunos puntitos ulcerados, testigos de una inoculacion séptica en el curso de la operacion. Pero lo mas á menudo, la reunion es perfecta desde luego; por lo demás, si la sutura ha sido irregular en uno de los puntos, en algunos dias la cicatrizacion secundaria está concluida.

Este procedimiento tiene el inconveniente de exigir del operador una cierta práctica de la cirugia, de necesitar cuidados mas asíduos y mas minuciosos, de reclamar la permanencia en la cama. Da lugar, durante su ejecucion, á una ligera hemorragia, pero menos importante de lo que podria pensarse.

Tiene la gran ventaja sobre el procedimiento del termocauterio de no dejar en el recto heridas abiertas, de cerrar la puerta á las inoculaciones sépticas y de dar una curacion rápida y radical.

Como todos los otros procedimientos, expone á la retencion pasajera de orina.

En resúmen: la mayor parte de las hemorroides deben ser respetadas por el cirujano y sometidas al tratamiento cuyas grandes líneas hemos indicado.

Las hemorroides habitualmente procidentes y dolorosas, difícilmente reductibles, complicadas de prolapso de la mucosa rectal, de hemorragias abundantes, de dolor y molestias excesivas, reclaman la intervencion quirúrgica.

En los casos mas frecuentes, cuando el esfínter ha conservado su tonicidad ó cuando está contracturado, cuando las

hemorroides quedan por encima del esfínter y no son procidentes, debe recurrirse á la dilatacion forzada del ano.

Cuando las hemorroides son habitualmente pediculadas y procidentes, la termocauterizacion combinada á la aplicacion de un clamp es un procedimiento simple y fácil. Es sobre todo recomendable cuando no existe sino un pequeño número de paquetes hemorroidarios.

Cuando las hemorroides internas son poco procidentes, que constituyen un borde completamente circular, el mejor procedimiento es la extirpacion sangrienta seguida de reunion. Este procedimiento es el que tiene mas probabilidades de dar la cura radical y de preservar de la recidiva. Es el que emplea el cirujano de profesion.

A. RICARD.

(*Gaz. des Hôpitaux* — 1895, Nº. 23).

Las afecciones gastro-intestinales de los niños

Los Dres. Czerny y Moser dividen las afecciones gastro intestinales en dos grandes clases, las cuales se subdividen á su vez en forma aguda y crónica. Ellas son: 1º, la dispepsia, en la que no se constata sino síntomas de perturbaciones digestivas; 2º, la gastro-enteritis, en la cual las alteraciones gastro-intestinales se acompañan de complicaciones sobre otros órganos. Estas dos clases y sus subdivisiones no son irreductibles y puede observarse el paso de una á otra.

Dispepsia – Poco importa crear nuevas clasificaciones segun que los síntomas predominen del lado del estómago ó del intestino, ó se repartan simultáneamente sobre estas dos porciones del tubo digestivo, pues estos dos órganos jamás son atacados con exclusion el uno del otro, y la etiologia, el pronóstico y la terapéutica nada tendrian que beneficiar de nuevas subdivisiones.

La anorexia es uno de los primeros síntomas de la dispepsia, y se traduce á veces por un disgusto por la alimentacion que habia sido, hasta entonces, aceptada con placer. Es así que se debe considerar como dispépticos esos niños cuyas madres dicen que se han destetado ellos mismos porque rehusaban el seno. Un segundo síntoma reside en los vómitos, que se producen ó inmediatamente despues de las comidas ó

algun tiempo despues. La primera de estas eventualidades es el indicio de una afeccion grave del estómago porque traduce una descomposicion rápida é intensa del alimento. En un caso de dispepsia en un niño alimentado artificialmente, los autores han tenido ocasion de constatar larvas de moscas en las materias vomitadas. Algunas veces, los niños expulsan masas cilíndricas ó aplanadas que á un exámen superficial podrian ser tomadas por proglótides de tenias adultas, y en las cuales el microscopio demuestra la presencia del epitelio intestinal poco alterado.

En tésis general, cuanto más voluminosos son los coágulos vomitados, más atacada está la motilidad del estómago.

En los niños alimentados al seno, la diarrea es constante, mientras que en los niños alimentados con leche de vaca, la constipacion reemplaza á la diarrea ó alterna con ella.

La interrupcion del sueño, la fetidez de las heces, el balonamiento del vientre, la disminucion de peso, etc., son aún los síntomas que se observa más comunmente.

Gastro-enteritis — La gastro-enteritis no es ya una afeccion local; es una infeccion general del organismo que tiene su punto de partida en el intestino: las investigaciones bacteriológicas y las experiencias instituidas por los autores los han conducido á incriminar particularmente al estreptococo, el estafilococo y el colibacilo, el bacillus pyocyaneus y el laclis aerogenes.

Las perturbaciones digestivas son más acentuadas en la gastro-enteritis que en la dispepsia. Se acompañan de numerosas complicaciones: del lado de la piel, eritemas; del lado de las mucosas, hemorragias. El corazon se debilita; los ruidos se hacen sordos y el primero acaba por faltar casi completamente.

El sistema nervioso es atacado á su turno; á la excitacion con hiperestesia general sucede la depresion.

Todos estos fenómenos y muchos otros aún, tales como el descenso de la temperatura, la estrechez de la pupila, etc., son producto de las toxinas elaboradas en el organismo; pero hay otras que resultan directamente de la infeccion por los agentes patógenos mismos: tales son las nefritis, las broncopneumonias, las pleuresias; tales son aún los flemones, las supuraciones múltiples, la forunculosis generalizada, las meningitis supuradas, la encefalitis, etc.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde* — 1894, f. 4.)

NUEVAS MEDICACIONES

Bromalina. — Las observaciones recientes de Laquer, parecen confirmar los buenos resultados de este agente, como succedáneo de los bromuros, en la epilepsia, neurastenia, pasálisis agitante, etc. Se le atribuye la ventaja de no producir la fetidez del aliento y la forunculosis que los bromuros metalóidicos determinan y que, segun Feré, son debidos á infecciones secundarias de causa intestinal desarrolladas fácilmente en tejidos cuya resistencia vital ha sido aminorada por el bromo y sobre todo, en la piel irritada por la eliminacion de este agente. De ahí que se aconsejó asociar la antisepsia intestinal á la administracion de los bromuros á alta dósis.

M. Bardet tuvo la idea de experimentar una combinacion orgánica del bromo que pusiese fácilmente en libertad una sustancia antiséptica. Ahora bien, ya al contacto de los álcalis débiles tales como los carbonatos alcalinos, la *bromalina* ó *brometilformina* pone en libertad *formaldehido* (formol), conocido por sus poderosas propiedades antisépticas.

Al punto de vista clínico, la bromalina, es pues, un bromuro que al contacto de una simple solucion sódica, se transforma en bromuro de sodio, con desprendimiento de formaldehido.

La composicion química está indicada por la fórmula $(CH^2)^6Az^4C^2H^5Br$.

Feré, experimentando en epilépticos, ha constatado que, á dósis más elevadas, esta sal era tan eficaz como el bromuro de potasio, sin que su uso prolongado expusiese á la forunculosis. Segun él, la bromalina debe ser administrada á dósis una vez y media más fuerte que el bromuro de potasio.

Es muy soluble en el agua y tiene un olor menos desagradable que el bromuro de potasio.

A los niños se puede darla en solucion muy edulcorada, á tomar 2 ó 4 gramos diarios.

A los adultos se puede dar 2 á 8 gramos ó más, en polvo ó solucion,—Segun Laquer, 2 gramos de bromalina obran como 1 de bromuro de potasio.

BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido, entre otras, dos importantes obras argentinas:

Climatologie médicale de la Republique Argentine et des principales villes d'Amérique, por el Dr. Samuel Gache. Obra premiada en el Concurso Sud Americano de Medicina de 1893.

Maternidad del Hospital Rivadavia — Consideraciones sobre el movimiento habido durante el año 1894, por Saturnino Salcedo.

La falta de espacio nos impide ocuparnos de ellas detenidamente. Lo haremos en el próximo número.

CRÓNICA

Inauguracion del edificio del Círculo Médico. — A causa de una demora involuntaria en la redaccion de la memoria de la Comision de edificacion, no nos es posible publicar todavia todos los documentos relacionados con la inauguracion que tuvo lugar el 1º del corriente. La C. D. ha resuelto que aparezca un número extraordinario de nuestra revista, conteniendo los documentos aludidos y los discursos pronunciados; ese número será repartido dentro de pocos dias.

Las estampillas en las recetas. — Recordamos á nuestros lectores que, segun la ley de sellos en vigencia, todos los médicos están obligados á colocar una estampilla de 5 centavos en cada una de sus recetas, so pena de multa de 50 centavos por las que no la lleven.

Esas estampillas se venden en la oficina de sellos de la Aduana; son dos las que corresponden á cada receta y las dos juntas valen 5 centavos. La que lleva el nº 1 debe ser pegada é inutilizada por el médico; la que lleva el 2, queda unida á la anterior, pero sin ser pegada al papel, para que el farmacéutico pueda desprenderla y fijarla en su copiador.

Concursos. — PROFESOR SUSTITUTO DE FISIOLOGIA Y MÉDICO INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS. — La Facultad de Medicina ha abierto la inscripcion para los indicados concursos, debiendo cerrarse el 28 de Mayo para el primero, y el 29 de Abril para el segundo.

Conferencias. — Persistiendo en el propósito de dar en el local del Círculo conferencias científicas quincenales, es muy probable que el lúnes próximo tenga lugar la segunda de este año.

Los Dres. Wernicke, Susviela Guarch, Avelino Gutierrez y J. Llambias Mir, han anunciado comunicaciones.

Año XVIII – 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 8

Anales del Círculo Médico Argentino

ABRIL 30 DE 1895

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

AFECCIONES TESTICULARES Y ESCROTALES

Por el Dr. **Diógenes Decoud**

PROFESOR SUSTITUTO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Antes de comenzar el estudio diagnóstico de las lesiones orquíticas y de las bolsas, conviene tener presente algunas nociones que se refieren á la anatomia y á las anomalias frecuentes observadas en esta region.

En el estado fisiológico, la glándula, suspendida en las bolsas, presenta un borde anterior ligeramente inclinado, de modo que mira hácia adelante y abajo, en tanto que el borde opuesto es posterior y superior. El epidídimo, situado como un asa sobre ese borde, se percibe al tacto fácilmente y nada cuesta determinar sus límites con relacion á la glándula.

Pero esta posicion varia con relativa frecuencia por causa de la inversion del epidídimo, que casi siempre es unilateral y se observa en la proporcion de 1 en 20,—y como esta anomalia no produce trastorno alguno, pasa desapercibida al punto que hasta 1835, no se habia hecho de ella ninguna mencion en la ciencia. La inversion es completa el mayor número de veces, de modo que el simple enunciado basta entonces para saber cuál es la posicion relativa del testículo y del epidídimo,—y lo mismo será en los casos en que la inversion es interna, externa ó superior.

Es interesante la determinacion del sitio de la glándula en los casos de agrandamiento de la cavidad vaginal por

derrame, porque la serosa parte del epidídimo para envolver la glándula y reflejarse sobre ella. Por consiguiente, en esta clase de lesiones patológicas, el epidídimo, unido al testículo por medio del cuerpo de Higmoro, ocupa un punto fijo, y la prominencia que se observe será debida á la distencion de la vaginal. La glándula y el epidídimo en tal caso se encontrarán rechazados arriba y atrás, y el tumor tendrá una forma ovoide ó piriforme, que puede prolongarse aun hasta el anillo inguinal si la obliteracion congénita de la serosa se ha producido á mayor altura que el epidídimo.

Otra anomalia que conviene tener presente, si bien es mucho menos frecuente, es la ectopia, y mas secundariamente aún, la anorquidia, que puede ser de la glándula sola, con persistencia del epidídimo; pero la circunstancia de ser excepcional la anorquidia y muy rara la ectopia que no dé lugar á síntomas subjetivos, hace que casi nunca debamos preocuparnos de ella.

Muy de distinto modo habrá que considerar los cambios que se producen en la glándula y sus anexos por causa de lesiones inflamatorias anteriores ó presentes, y que cambian las relaciones recíprocas y los signos que se observan en los procesos típicos. Señalaré principalmente las lesiones inflamatorias crónicas de la periorquitis, y las adherencias y espesamientos fibrosos ó proliferantes de la vaginal, tan frecuentes, que segun Curling, se encuentran en grado mas ó menos acentuado en un tercio de los sujetos observados en el anfiteatro. Los hidroceles que se producen en esas vaginales tienen la forma lobulada, prominente, y son de superficie alternativamente renitente y leñosa. La simultaneidad de las lesiones en cuanto á su localizacion, y sobre todo el hecho de que un derrame en la vaginal disimula las porciones profundas, y á veces las oculta totalmente á todo exámen, obliga á ingeniarse para separar los elementos del diagnóstico, y es á ese fin que tiende la sistematizacion del método que voy á exponer.

Aquí, como en muchas otras regiones del organismo, lesiones muy distintas presentan una apariencia igual, afecciones similares se caracterizan de un modo completamente distinto, y aun, modificaciones múltiples, infecciones agregadas á una lesion crónica, inflamatoria ó neoplásica, serán capaces de despistar la investigacion mejor llevada, mas todavia sabiendo que el carácter de la mayor parte de las afecciones

crónicas del testículo es la indolencia, lo que las hace pasar desapercibidas en tanto que no molesten por su volúmen.

Un hecho que primero se impone en el exámen de las enfermedades de esta region, es la division en dos grandes grupos: lesiones agudas—lesiones crónicas.

Las lesiones agudas son de naturaleza inflamatoria, con la sola excepcion de los hematomas, y su carácter sintomatológico es el propio de los procesos inflamatorios: rapidez en la aparicion, dolor, tumor y rubefaccion. Las bolsas forman un tumor ovoide mas ó menos tenso y sensible.

¿Cuál es en estos casos el sitio de la lesion? ¿Corresponde á las bolsas, á la vaginal, al epidídimo ó al testículo?

Las afecciones escrotales capaces de producir esos síntomas generales, de sensibilidad y tumefaccion, son los hematomas y los flemones. Los *hematomas* por derrame se distinguen desde luego por algunos signos que les son propios: formacion muy rápida, en pocas horas, tumor blando y fluctuante, móvil é independiente de la glándula mientras no haya orquitis ó vaginalitis concomitante, y por último, y esto es lo mas característico, la coloracion equimótica. La equimosis sola es tambien indicio del hematoma por infiltracion, cuyo punto de orígen, si bien puede ser local, proviene por lo general de una region vecina, perineal frecuentemente. La coleccion en el hematoma por derrame es sub-dartóica, perivaginal ó localizada en el septum; — en el hematoma por infiltracion es escrotal.

En los *flemones*, la reaccion general rara vez falta y los signos locales inherentes, con excepcion del dolor, son aquí mas acentuados que en otras regiones: las causas del accidente ayudarán por otra parte para establecer pronto el diagnóstico, porque provienen generalmente de contusiones con erosion de la piel, por inyeccion casual de líquidos irritantes, como en el tratamiento del hidrocele, ó bien por infeccion de un hematoma. Si estas causas no existen, el hecho de una infiltracion de orina, debe venir pronto al espíritu. El edema del escroto, mas ó menos prolongado é independiente de la glándula y de la vaginal, es el signo precusor del flemon ó de la erisipela, que concluye casi siempre por ser flegmonosa y quizá mortal.

Si eliminamos esta localizacion en las envolturas externas, tendríamos que la lesion se sitúa en la vaginal, en el epidídimo ó en el testículo. Las lesiones agudas localizadas exclusivamente en la glándula ó en la vaginal, son muy raras. La *orquitis aguda*, sola, quizá no se observa sinó en las paperas, y la *vaginalitis aguda*, sin alteracion del epidídimo ó de la glándula, es tambien muy rara; pero si así ocurre es probablemente una determinacion del reumatismo ó del paludismo. La vaginalitis acompaña casi siempre á una orquitis ó á una epididimitis: á la primera por lesion simultánea, á la otra por una disposicion anatómica: la anastomosis de los linfáticos de la serosa con los del epidídimo, lo cual no existe entre la serosa y la albuginea, y la comprobacion clínica de este hecho se observa en la orquitis urliana, que afecta exclusivamente la glándula y no se acompaña de vaginalitis.

Dos condiciones distintas pueden presentarse en estas lesiones concomitantes: epididimitis con derrame seroso ó purulento en la vaginal, ó bien orqui-epididimitis con vaginalitis plástica. En el primer caso, el volúmen del tumor es mayor, la sensacion de líquido es perceptible, el dolor mas acentuado. Resolver si es seroso ó purulento es mas difícil: los síntomas se confunden, y solo una puncion podria aclarar la duda;—es por otra parte muy rara: la vaginalitis purulenta no se observa sinó en los sujetos muy debilitados, en las enfermedades infecciosas, en las infecciones por puncion exploratriz ó curatriz, y sobre todo, en los viejos prostáticos. En el otro caso, la orquitis simple, podria ser confundida con la vaginalitis plástica, pero ésta se presenta con tension, coloracion y tumefaccion del escroto y es posible por la presion determinar algunos crujidos de crepitacion. En cuanto á la orquitis independiente, ya hemos visto que es casi exclusiva á la fiebre urliana. Siempre que á una inflamacion de la glándula acompañe la de su serosa, es porque el epidídimo está tambien afectado, ó porque la misma lesion la ha interesado simultáneamente, como en los casos de traumatismo.

Establecida así la localizacion, queda á determinar el *diagnóstico de causa*, que mucho interesa para el pronóstico. El esfuerzo, así como el traumatismo, pueden determinar cualquiera de las lesiones agudas que he mencionado, sea un hematoma sub-dartóico, extra ó intra-vaginal, una orquitis, una epididimitis ó una vaginalitis; pero se comprende que si

la lesion es aislada al escroto solo, ó á la glándula únicamente, los síntomas serán menos acentuados, la evolucion menos rápida; si comprende varias á un tiempo, la marcha corresponderá á su intensidad inicial. Si solo nos guiamos por el hecho de la frecuencia, la orqui-epididimitis con derrame en la vaginal seria casi siempre de orígen venéreo y constituiria el testículo blenorrágico, como le llama Reclus. La vaginalitis serosa, concomitante de una epididimitis blenorrágica, con derrame apreciable, se observa 85 veces en cien, y cuando la glándula está interesada, lo cual no ocurre sinó en un 3 % de los casos, ó cuando está en ectopia, se observan los signos del pseudo-estrangulamiento. Pero la nocion etiológica de la frecuencia no puede aceptarse sinó bajo beneficio de inventario. Es cierto que el dato de una blenorragia actual que data de tres ó cuatro semanas, contribuiria mucho para el diagnóstico, y serviria aun mas para afirmarlo, e hecho de que las vesículas seminales y el conducto deferente, tumefactos y dolorosos, han sido invadidos al mismo tiempo que la vaginal y el epididimo. Sin embargo, se ha observado que la epididimitis con derrame, dolorosa y acompañada de un conjunto de síntomas análogos, se observa tambien como primer despertar de la epididimitis tuberculosa. Para aumentar aún mas la confusion, los accidentes se producen en el curso de un derrame uretral, la blenorrea tuberculosa, indicio de lesion de la próstata y de las vesículas seminales. Pero las analogias del cuadro varian por la evolucion, y las inflamaciones tuberculosas de la vaginal se caracterizan por la rapidez de su período agudo, de tal modo que al cabo de dos ó tres dias ceden para hacer lugar á una sintomatologia indolente que permite la constatacion de causa, manifiesto por el nódulo de la cabeza del epididimo. La reaccion aguda, aparentemente inflamatoria, no es propia de las tuberculosis genitales, y las epididimitis de esta naturaleza se desarrollan por lo general lentamente, no determinando vaginalitis serosa sino en un tercio de los casos. La indolencia le es habitual, y siempre que una epididimitis tenga ese carácter en el curso de una blenorragia, debe temerse que sea tuberculosa. En cualquiera de los casos, si hubiese necesidad de un diagnóstico preciso en el primer período, la exploracion de la próstata seria de buen resultado.

Las orqui-epididimitis consecutivas á una simple explora-

cion de la uretra, á un cateterismo ó á las maniobras de la litotricia, afectan con más frecuencia á la glándula, y la supuracion no seria extraña en estos casos, sobre todo en los prostáticos. Las vaginalitis purulentas, á su vez, como las que se desarrollan en el curso de una enfermedad infecciosa, viruela, fiebre tifoidea, escarlatina, tienen por carácter el no producir reaccion aparente y se producen sigilosamente. La presencia de la enfermedad principal explica la causa. Excepcionalmente la orquitis sifilítica puede adquirir un comienzo agudo, y se distinguiria del testículo blenorrágico por la ausencia de derrame uretral, y del testículo tuberculoso, porque las lesiones que deja despues del período agudo ceden por el tratamiento mercurial.

El segundo de los grupos que voy á estudiar comprende las LESIONES CRÓNICAS.

Nuestra primera constatacion debe ser esta: ¿hay tumor ó no? Si hay tumor, ¿es fistuloso ó no? ¿es líquido ó sólido?

No hay tumor ni dolor: El exámen de la glándula en este caso es accidental, como cuando se procede á una investigacion exploratriz de la region genital. Puede observarse entonces las diversas anomalias de migracion de la glándula, tales como la inversion del epidídimo, la ectopia con sus variedades abdominal, inguinal, crural y perineal, ó las anomalias de desarrollo. Entre éstas, la poliorquidia parece que no existe y que los hechos publicados pueden atribuirse á error de diagnóstico: un hematoma indurado simula perfectamente un tercer testículo. La anorquidia, sea del testículo solo, del aparato escrotal solo, ó total, es muy rara. La sinorquidia escrotal jamás ha sido constatada. La hipertrofia es más comun: se observa principalmente en los casos de ectopia ó anorquidia unilateral, ó por causa de enfermedades que detengan su desarrollo, y en tal caso, la glándula sana no se hipertrofia sinó durante el período de crecimiento: pasado éste, la atrofia por traumatismo ó por inflamacion, no produciria la hipertrofia compensatriz del lado sano.

La atrofia de la glándula es la más frecuente de estas anomalias de desarrollo. Cuando su causa es una contusion, se produce muy rápidamente, de la cuarta á la sexta semana, é igual ocurre en los casos de inflamacion (orquitis urliana).

La ectopia, la sífilis hereditaria, y con menor frecuencia el varicocele, son causas de la atrofia testicular. Yo la he observado en casi todos los casos que he operado hernias congénitas, en que estaban reducidas al volúmen de una haba (1) y es tan frecuente este hecho, que la constatacion de un testículo atrofiado en un sujeto que sufre de hernia escrotal, autoriza el dignóstico de su orígen congénito.

La glándula puede tener su volúmen normal, y sin embargo, ser el foco de un proceso patológico adelantado, como se observa en el período de regresion de la sífilis. Es por azar que entonces se descubre la lesion. En la sífilis hereditaria este es un signo frecuente: Fournier cree deber agregar la esclerosis del testículo á la triada sintomática de Hutchinson. La indolencia es absoluta en la sífilis del testículo: la glándula adquiere una dureza cartilaginosa propia de la transformacion esclerosa del tejido glandular. Otros dos hechos importantes del testículo sifilítico, son la bilateralidad de la lesion, frecuentemente, y la disminucion del deseo genésico.

Sin haber tumor apreciable puede existir dolor. Entonces el exámen metódico del epididimo nos revela á veces pequeñas induraciones que pueden ser de orígen blenorrágico, tuberculoso ó sifilítico, ó bien constituir los pequeños quistes lenticulares que cuando alcanzan el volúmen de una lenteja son ya perceptibles al tacto.

Los núcleos que quedan como resto de una epididimitis blenorrágica tienen su sitio de eleccion, en la cola del epidídimo, y son los que más frecuentemente originan el irritabile testis; los nódulos de la tuberculosis en su primer período forman conglomerados, mientras que los de la sífilis producen la sensacion de un grano entre tejidos sanos. Para distinguirlos tenemos este criterio: para los núcleos blenorrágicos, el dolor y sobre todo el sitio; para los de la tuberculosis, la forma y las lesiones concomitantes de la próstata, á veces el dolor; para la sífilis la indolencia absoluta; para los quistes lenticulares el dolor á veces, y el hecho de que son casi exclusivos al viejo, en quienes se observa con relativa frecuencia, una vez en tres.

Entre las otras causas capaces de determinar el dolor, figu-

---

(1) Dr. Decoud. Observaciones sobre una série de 81 curaciones de hernias—Anales del Círculo Médico Argentino, 1894.

ran la atrofia del testículo y algunas lesiones crónicas simples de la vaginal, del epididimo ó de la glándula, aun no bien determinados anatómicamente y que bien podrian entrar en la clasificacion genérica de los neuromas. Las lesiones irritativas del riñon, del urétere ó de la vejiga, y el varicocele, pueden determinar reflejos dolorosos en el testículo, y sin ninguna de estas causas, la orquialogia esencial puede ser de una mortificacion tan intensa que obligue á la castracion.

Paso ahora al estudio más complejo de las inflamaciones crónicas y de los neoplasmas.

Primer caso: Hay tumor y es fistuloso

La fístula puede ser pequeña ó bien abrirse en una vasta ulceracion del escroto que deja hacer hernia á la glándula, lo que entonces contituye el fongus. De cualquier modo, los comprendo en el mismo método de diferenciacion.

Fístulas y fongus con sus intermediarios tienen por causa, por órden de frecuencia: 1º, la tuberculosis; 2º, las inflamaciones; 3º, la sífilis; 4º, los traumatismos. He aquí cómo se distinguen:

Las *fístulas tuberculosas* se sitúan generalmente en el segmento posterior é inferior del escroto, en razon de que las lesiones de ese orígen se localizan casi siempre en el epididimo y cuando están adelante y arriba debe pensarse en una inversion. Si llegara á ulcerarse el escroto, tendria el carácter general de las ulceraciones tuberculosas, bordes desprendidos, violáceos. El exámen del epididimo y de la próstata no dejaria lugar á dudas.

Las *fístulas inflamatorias* provienen de un flemon de las bolsas, de un hematoma supurado ó de una contusion del testículo con infeccion secundaria. El fongus inflamatorio con hernia ó no de la glándula suele ser resto de una gangrena del escroto; y el fongus traumático determina primero la hernia simple de la glándula, que si no es reducida se cubre de botones carnosos y constituye el tipo del fongus simple. La investigacion de los antecedentes establecerá fácilmente el diagnóstico de causa.

Las *úlceras sifilíticas*, cuya extension es de tres á cuatro centímetros, son consecuencia de un goma supurado y presentan bordes violáceos, tallados á pico, con una cavidad an-

fractuosa cuyo contenido amarillento simula el de la materia caseosa de la tuberculosis. Como ésta, no tiene ninguna tendencia á la supuracion, pero se distingue de ella en estos dos caracteres: 1º, en que el máximo de las lesiones se encuentra sobre la glándula, en tanto que las de la tuberculosis se localizan en el epididimo; y 2º, en que el tratamiento específico las modifica muy rápidamente, si bien puede persistir la fistulizacion por falta de vitalidad de los botones carnosos.

El *fongus canceroso* es excepcional, porque la caquexia lleva al paciente antes de que haya habido tiompo de ulcerar la piel.

Segundo caso: Hay tumor y no es fistuloso

Debemos eliminar primeramente las hernias irreductibles y el varicocele. Los enteroceles rara vez adquieren adherencias en el fondo del saco, de modo que por la reductibilidad y por la sonoridad se diagnostican sin dificultad; los epiploceles, sobre todo los de antigua data que han creado adherencias y se han convertidc completamente en tejido fibroso, simulan un tumor y deben ser examinados con más cuidados. Los conmemorativos, la impulsion del tumor por los esfuerzos de tos, y la independencia total de la glándula, explicarán su orígen. En cuanto al varicocele, se percibe sus caracteres por la palpacion, el aumento de volúmen determinado por la compresion del anillo inguinal, ó bien la disminucion y casi desaparicion de su volúmen en la posicion horizontal. En un período adelantado, ciertos tumores del cordon, como los lipomas, llenan el escroto, y semejan un tumor vagino-glandular: para investigar su orígen hay que proceder lo mismo que en los epiploceles irreductibles.

La eliminacion de estas lesiones es por lo general muy fácil, y queda entonces á resolver este punto: ¿EL TUMOR ES LÍQUIDO Ó SÓLIDO?

Seria muy raro poder determinar en los derrames líquidos de la vaginal la fluctuacion clásica en que se percibe la sensacion de ola producida por una percusion suave, porque es condicion de la fluctuacion, que el líquido contenido no soporte sinó un débil grado de tension. Luego, en los derrames de la vaginal, el líquido llena la cavidad desde

un principio y la distiende; pero queda siempre en la membrana un resto de elasticidad, de modo que la compresion en un punto determina el agrandamiento uniforme del tumor en todos sus diámetros. Así, si se toma el tumor por la parte posterior y se comprime suavemente en uno de sus polos, la mano sentirá el ensanchamiento de la masa, y esta constatacion indicará seguramente la presencia de líquido. Este método de exploracion evitará la confusion con las sensaciones de renitencia, de elasticidad ó de pseudo-fluctuacion, que determina la compresion simple, y que no da otro signo que el de los límites de la consistencia, el blando ó el duro.

El tumor es líquido. Nos encontramos entonces en presencia de un hidrocele de la vaginal ó del cordon, de un quiste espermático, un hematocele ó un gran quiste.

El *hidrocele vaginal* es el más frecuente de los tumores crónicos de la region. Su forma varia segun el modo de insercion de la vaginal, y por consiguiente, puede ser globuloso, ovoide, piriforme ó en forma de poroto. Presenta por lo general una ligera depresion central determinada por un espesamiento normal de la serosa en ese sitio. Sus tres caracteres típicos y muy constantes, son la trasparencia, la fluctuacion en la forma ya explicada, y la situacion del testículo, en la parte media é interna del segmento posterior, salvo las causas de inversion. En el *quiste espermático*, la apariencia puede ser análoga, pero como su punto de desarrollo es el cuerpo de Higmoro, el epidídimo, que no es posible palpar, está arriba y atrás, la glándula abajo y adelante, no formando parte del tumor como en el hidrocele, sinó fuera de él; la transparencia del líquido es dudosa y depende de su densidad. El *gran quiste* proviene probablemente de un pequeño quiste y es sumamente raro: no se han observado sinó algunos casos aislados en el viejo. El *hematocele* verdadero, es decir, la paquivaginalitis con derrame es tambien rara: sus caracteres son: la opacidad, por causa del espesamiento de la vaginal y de la naturaleza de su contenido y la sensacion de distencion elástica menos pronunciada que en los casos anteriores. En cuanto al *hidrocele enquistado del cordon*, su signo más característico es la localizacion del testículo, abajo del tumor como en el quiste espermático, pero distinto de éste por la movilidad de la glándula.

Ninguna de estas lesiones presentan síntomas subjetivos, y no se hacen notar sinó por su indolencia y cronicidad. Las causas que determinan el hidrocele, como ser las lesiones latentes ó patentes del epididimo producen tambien el hematocele, pero en el primero puede influir el reumatismo, la angioleucitis á repeticion de los países cálidos, la filaria de Wucherer,— y en el niño la persistencia del conducto peritoneo-vaginal; en tanto que el hematocele tiene por causa frecuente el traumatismo, el esfuerzo, la sífilis y las punciones del hidrocele.

El volúmen del hidrocele y del hematocele pueden alcanzar grandes proporciones, dos y tres litros, en tanto que el gran quiste no pasa del volúmen de un huevo y el quiste espermático se desarrolla muy lentamente.

En los casos típicos, una exploracion rápida bastará al diagnóstico, y la puncion del tumor lo confirmará. El líquido del quiste espermático, es trasparente con tinte opalino, jabonoso, y al microscopio se descubre en él angulos espermatozoides; el del hidrocele varia entre el tinte del amarillo claro y del amarillo oscuro; el del hematocele es rojo, viscoso y negro, ó color chocolate: en los casos muy antiguos, el líquido puede ser citrino ó verdoso, pero en ese caso faltaria el signo de la trasparencia por causa del espesamiento de la vaginal, y una vez evacuado el líquido se constatarian signos de periorquitis. En el diagnóstico diferencial de los quistes espermáticos, del gran quiste y del hidrocele los dos criterios fijos serian la posicion de la glándula y la puncion exploratriz, pero la inversion del epidídimo varia estas relaciones, y la puncion exploratriz puede dar salida á un líquido lechoso del hidrocele, como en el de causa filariana; de modo que sin el exámen complementario del microscopico no podria afirmarse el diagnóstico. Para el gran quiste recuérdese su volúmen mucho menor, la edad del sujeto, la evolucion mas lenta.

El hidrocele y el hematocele están sujetos á reagudecimientos por traumatismo; pero en este último el brusco aumento de volúmen, que se produce por causa de una contusion, le es casi exclusivo.

Todo lo dicho se refiere á los casos simples, que cuando vienen á la clínica se diagnostican sin vacilacion. Pero las anomalias no son raras, y en lugar de la superficie lisa y regular de estos tumores, se observa á veces variantes en cuanto á la forma, y así se vé el hidrocele bilobulado, multilobular,

sin trasparencia por causa del líquido turbio, por espesamiento de la vaginal ó por pequeños quistes en su interior; la superficie presenta por sitios, en éste y mas frecuentemente en el hematocele, porciones espesadas cuya consistencia varia entre una simple renitencia hasta la dureza leñosa, por el desarrollo de placas calcáreas ó cartilaginosas; de modo que los surcos fluctuantes y las eminencias sólidas hacen pensar en un tumor sólido de puntos reblandecidos.

Algunas otras anomalias comprenden en el hidrocele al cual se agrega un quiste del epidídimo ó del testículo (cincuenta veces en cien, segun Wendling), el hidrocele que por ruptura espontánea ó traumática está en comunicacion con la cavidad sub-dartoica y el hidrocele diverticular. Sin embargo, la puncion en unos casos, y sobre todo la investigacion atenta de la distencion elástica del tumor, si existe, asegurará al diagnóstico preciso de hidrocele simple.

Esta denominacion de hidrocele simple no es exacta seguramente. Causas perceptibles ú ocultas siempre la determinan: entre las primeras figurarian principalmente los quistes, los cuerpos estraños y los núcleos blenorrágicos del epidídimo; entre las otras el reumatismo y el paludismo. Otras veces es sintomático de una lesion real como los determinados por la tuberculosis y la sífilis, ó acompaña un tumor maligno; y el enfermo, á quien se vé por primera vez y que ha ignorado su lesion anterior, viene movido solo por la molestia, por el temor al hidrocele, sin un solo dato del pasado patológico de su glándula. Los mismos caracteres del hidrocele simple se manifiestan entonces: superficie lisa, forma ovóidea, distencion elástica, trasparencia, localizacion típica de la glándula, y pareciera que sin la evacuacion prévia del líquido no fuera posible aventurar un diagnóstico. Si el tumor es pequeño, del volúmen de un huevo por ejemplo, lo suficiente sin embargo para impedir la exploracion de la glándula, entonces, sin conmemorativos muy precisos é inteligentemente interpretados, el diagnóstico no seria posible sinó despues de evacuado el líquido. Pero si el tumor es ya voluminoso, por lo menos doble que lo mencionado, una nocion importante vendria en nuestro auxilio: el tiempo que ha durado. El hidrocele tuberculoso se forma rápidamente; el hidrocele sifilítico no adquiere un gran volúmen: la porcion de líquido es siempre poco abundante y su tension mínima, de modo que deprimiéndolo

se siente el tumor escleroso; el hidrocele sintomático de los tumores malignos es muy raro, muy poco abundante y si excepcionalmente fuera voluminoso, su rápida formacion y la deformacion misma del tumor serian de apreciarse. Por otra parte, el hidrocele tuberculoso es raro y no se produce sinó en un tercio de los casos de epididimitis: si ocurre bajo la forma aguda, la pronta cesacion de los síntomas dolorosos es un dato á retener; si viene paulatinamente, como es lo habitual, las lesiones tuberculosas de la próstata, llevarán al diagnóstico. El hidrocele sifilítico no se observa sinó en la mitad de los casos de sarcocele sifilítico, mas frecuente al principio, raro en los otros períodos, y su presencia revelaria la invasion del epidídimo: su comienzo es lento y gradual, pero aunque todos los otros signos del hidrocele simple estuvieran presentes, si distinguiria por la indolencia especial de la glándula.

El tumor es sólido: aquí se observarian todos los intermediarios de la consistencia.

En primer lugar hay que establecer el diagnóstico de sitio, por constatacion directa. Esto es posible y fácil cuando se ha seguido desde el comienzo la evolucion del tumor, pero una vez que ha adquirido cierto volúmen, forma una masa sobre la cual el escroto desliza, aunque sea su punto de partida. Hay que recordar por otra parte, que á mas del escroto, duplicado del dartos, se encuentran la túnica eritroide y la superficie externa de la vaginal, separados por tejido celular, donde los neoplasmas pueden tener orígen, de modo que la localizacion exacta no seria posible. Así, clínicamente, estableceré la division entre tumores de la glándula y del epidídimo, y tumores escrotales. La circunstancia de que algunos tumores del cordon cuando llenan las bolsas simulan tumores escrotales, debe ser tenida en cuenta, sobre todo para con los lipomas, que probablemente siempre tienen por punto de partida la capa sub-serosa detrás del anillo inguinal.

La *elafantiasis* es propia de los países tropicales y su volúmen llega á constituir los escrotos inverosímiles que llegan hasta las rodillas. En los primeros períodos están constituidos solamente por el edema, que luego se vuelve verrucoso, nudoso. El *cáncer de los desholinadores* empieza bajo la forma

de una verruga que crece muy lentamente y despues se ulcera: no ha sido aún observado entre nosotros. Los *angiomas* tienen caracteres especiales que los hacen de fácil diagnóstico. Los *quistes sebáceos* son por lo general múltiples: en una ocasion yo he extirpado treinta de un escroto que los presentaba con volúmen variable (1). Los *teratomas* son de origen congénito y aunque ya en la infancia llegan á adquirir un volúmen considerable, pueden demorar su desarrollo hasta una edad avanzada: constituyen tumores profundos, independientes de la glándula, movibles bajo el escroto y de superficie abollonada, en cuyas condiciones vuelven el diagnóstico confuso: solo el hecho de su rareza, abogaria por su eliminacion, porque se mencionan mas de treinta casos en la literatura médica.

Cuando un tumor de poco volúmen, como una nuez, por ejemplo, se encuentra en el escroto simulando un tercer testículo, es probable qne se trate de un fibroma ó de un hematoma antiguo: el lento desarrollo del primero, el origen traumático del otro, conducirán al diagnóstico.

Voy ahora al estudio de los *sarcoceles*, y en esta denominacion entran todas las lesiones de la glándula y del epididimo, sean las crónicas inflamatorias, ó las neoplasias de cualquier naturaleza, y así tendremos que considerar el sarcocele sifilítico, el sarcocele tuberculoso, el sarcocele inflamatorio y el sarcocele neoplásico.

Los dos primeros serán susceptibles de un diagnóstico perfecto, pero las dudas nacerán en la diferenciacion de las paqui-vaginalitis y periorquitis, con los neoplasmas y las variedades de éstos. Sin embargo, las nociones generales y el exámen metódico han de contribuir en muchas ocasiones, por lo menos á la aproximacion del diagnóstico.

Un carácter de todas estas lesiones, inflamatorias ó neoplásicas, es la falta de dolor espontáneo, cualquiera que sea el período de su evolucion, y esto aun en el período avanzado de la mayor parte de los cánceres. El dolor en esta region es propio de los procesos agudos ó de las complicaciones inflamatorias, á veces de los bruscos crecimientos neoplásicos, y así este elemento de diagnóstico no nos será útil en las le-

(1) R. Cabral. *Boletin de Sanidad Militar*, 1893.

siones de que voy á ocuparme, sinó á título de una lesion agregada.

El *sarcocele tuberculoso* presenta casi siempre caracteres muy típicos, tanto por su localizacion en el epididimo, como por las lesiones concomitantes en la region genital, y el estado fistuloso. La lesion ataca la glándula y en la mitad de los casos una periorquitis mas ó menos intensa ó una vaginalitis plástica, que es constante, puede formar un tumor irregular; pero aun así resaltan sus caracteres particulares, y como en todas las lesiones tuberculosas su evolucion es hácia la caseificacion y supuracion. El *sarcocele sifilítico*, distinto del anterior, se observa en el período de mayor actividad de la glándula, ataca el testículo casi exclusivamente, es bilateral frecuentemente, y cuando el epididimo está afectado, es seguro que la glándula lo está mas profundamente. Su aspecto es variable, segun el período de su evolucion ó la forma que afecte, esclerosa ó gomosa, segun que haya ó no periorquitis; y así, será grande y abollonado durante la produccion hiperplásica del tejido conjuntivo, pequeño y atrofiado cuando sucede el espesamiento cicatricial. Pero en todos los casos, la comprension de la glándula, no determina mas la sensacion que le es peculiar y á la cual reemplaza una indolencia absoluta, por causa de la transformacion esclerosa de todos sus elementos nobles. ¿Cómo distinguirla entónces de una paquivaginalitis, ó de una periorquitis, que á veces presenta caracteres análogos por causa de la sofocacion de la glándula en el tejido fibroso? La distincion es tanto mas imposible, cuanto que este mismo proceso, es mas á menudo de naturaleza sifilítica, que simplemente inflamatoria.

La *paquivaginalitis*, á su vez tiene un aspecto multiforme. Entre el espesamiento simple de la serosa, que puede llegar á tres y cuatro centímetros, y el espesamiento con derrame sanguíneo, ó éste solo con una serosa casi normal, todos los intermediarios son posibles, y así tenemos la paquivaginalitis claramente fluctuante, la que presenta un gran volúmen con puntos blandos y eminencias leñosas, indicio de induraciones parciales y de tabicamientos de la vaginal, y las vaginalitis en que domina una induracion irregalar (periorquitis fibrosa, proliferante ó adhesiva). Si el tumor es de fecha relativamente reciente y presenta los caracteres de la segunda categoría, su diferenciacion de los cánceres seria muy difícil, y si fuera

de antigua data igual pasaria para distinguirlo de ciertos neoplasmas benignos.

La apreciacion de los signos objetivos no podrá suministrar mucho elemento para esta diferenciacion. Son mas bien los conmemorativos y los antecedentes del sujeto, los destinados á iluminar el diagnóstico. La forma esencialmente crónica y los bruscos aumentos de volúmen despues de un traumatismo ó aun sin causa alguna, son signos de la paquivaginalitis hemorrágica, pero la periorquitis puede eternizarse sin dar lugar á ningun síntoma subjetivo.

En los diversos tumores testiculares, la consistencia tiene valor por su constancia en ciertos casos, y así tendríamos la fluctuacion el mixoma, la semi-fluctuacion en la enfermedad quística, la elasticidad en el linfoadenoma, la blandura en el sarcoma, y en el carcinoma encefaloide, la dureza en el fibroma y en el encondroma. El *esquirro* de la glándula tiene la dureza del testículo sifilítico, la evolucion lenta, sigilosa, y no se distinguiria sinó por su menor indolencia á la presion. Esta distincion, sin embargo, es demasiado sutil, mas todavia cuando se niega la existencia del esquirro testicular (Rinfleisch).

La fluctuacion del *mixema* es tal, que para distinguirla del hematocele no existiria otro medio que la puncion. Un carácter muy frecuente del *linfoadenoma* es la bilateralidad, que no se observa en los otros neoplasmas. El *fibroma* es propio del adulto, y cuando de desarrolla en la glándula se distinguiria del testículo sifilítico en que éste presenta eminencias en forma de granos de municion. En una neoplasia de antigua data la *enfermedad quística* (cistoadenoma) puede ser diagnosticada por eliminacion, basado en su marcha lenta, la integridad del cordon, sin infarto ganglionar, la ausencia de irregularidades en su superficie, y su volúmen que no pasa de tres ó cuatro veces el volúmen de la glándula. Tal ocurre tambien con el *encondroma*, pero se distingue por su consistencia, por su superficie desigual, abollonada, y porque no se observa ni en la infancia ni en la vejez.

La constatacion de un encondroma testicular es de especial importancia para el tratamiento, porque en esta region se observa que ese tumor al cabo de cierto tiempo de su evolucion se rodea en su periferia de una abundante proliferacion de las células redondas ó fusiformes propias del sar-

coma, y de benigno que era, adquiere muy pronto el mas alto grado de malignidad. Igual ocurre con el mioma.

He señalado como carácter del linfoadenoma la bilateralidad. La orquitis infantil es tambien casi siempre bilateral, pero el linfoadenoma se distingue por su indolencia, y la leucemia seria un signo contingente ó concomitante muy útil.

En el *carcinoma* y en el *sarcoma* que son casi siempre de la forma blanda, constituyen buenos elementos de diagnóstico, la invasion del epidídimo, del cordon y de las bolsas, y muy pronto tambien de los ganglios lumbares, porque allí confluyen los linfáticos de la glándula, mientras que los del escroto van á los gánglios inguinales. Carcinomas y sarcomas presentan la misma consistencia pastosa de carne muscular, y tienen por característico en esta region, cuando son medulares, su excesiva malignidad, la evolucion muy rápida, sobre todo en los niños.

Todos los neoplasmas, benignos y malignos, son raros en el testículo. Del encondroma puro no se conocen en la ciencia sinó ocho casos, del mixoma cuatro, del linfoadenoma diez y ocho. Los fibromas, osteomas y miomas son aún en menor número, y el cáncer del testículo no figura sinó en un cuatro por ciento del total de los tumores malignos del organismo entero. Excepcion sea hecha para los sarcomas, que combinado á diversas formas del mismo tumor ó á las otras de orígen conjuntivo tienen señalada predileccion por el testículo. Con todo, en las circunstancias relativamente frecuentes en que se presentan los signos de las neoplasias y de las lesiones inflamatorias crónicas, inclinarse á estas últimas expondria á menos error, siempre que todas las circunstancias presentes no hicieran posible el diagnóstico.

Se ha dicho que en las enfermedades testiculares todos los errores son posibles, que todos han sido cometidos. Yo podria agregar que no todos estos errores serian permitidos menos aun hoy, cuando la suma de los conmemorativos y de los diversos medios de exploracion metódica, aunados y bien interpretados, son capaces de iluminar cada caso particular.

Un caso de muerte súbita despues de puncion de un quiste hidatídico

Por el Dr. **Avelino Gutierrez**

Profesor sustituto de la Facultad de Medicina, Cirujano del Servicio de Niños del Hospital San Roque

(LEIDO EN LA 2ª CONFERENCIA CIENTÍFICA DEL CÍRCULO MÉDICO)

Voy á ocupar brevemente la atencion de ustedes á propósito de un quiste hidatídico del hígado, variedad póstero-superior, de gran volúmen.

No me detendré en la historia del caso clínico porque no es de interés para el objeto que me propongo; hablaré únicamente del tratamiento y de sus resultados.

La enferma en cuestion, niña de doce años, fué vista por mí incidentalmente y considerando que era un caso en que estaba indicada la intervencion, indiqué á la familia la conveniencia de llevarla al hospital para operarla. Mi intencion primera fué abrir el quiste á través del seno costo diafragmático, segun el método de POSTEMSKI, ó bien hacer la reseccion de la porcion inferior del tórax como LANNELONGUE, pues para una y otra intervencion se prestaba el caso.

La enfermita fué cuidadosamente estudiada por el médico de sala, Dr. Araoz Alfaro y por mí, y fué vista tambien por el Dr. Palma, quien me aconsejó practicar la puncion del quiste con inyeccion antiséptica, método ya experimentado por él y reconocido superior á la marsupializacion del saco.

Esos consejos, y el tiempo muy largo que necesitan para curar los casos operados (2, 4 y 5 meses segun BOUILLY), decidieron mi ánimo á favor del tratamiento por aspiracion é inyeccion antiséptica. Por otra parte, el caso de que me ocupo es de aquellos para los cuales está destinado este modo de intervencion; era, en efecto, un quiste unilocular, de líquido cristalino, no modificado por punciones anteriores, sin hidátides hijas, lo que, dice BOUILLY, se reconoce por la gran tension, la elasticidad, la fluctuacion y la facilidad con que se aspira el líquido y se reduce el tumor á medida que aquel se extrae.

Para justificar la eleccion del procedimiento adoptado, diré

brevemente en qué consiste el método de la puncion con inyeccion y las distintas maneras de ponerlo en práctica.

El método, la manera general, es puncionar y aspirar todo el contenido líquido del quiste ó una pequeña parte solamente, é inyectar acto continuo dentro del saco una solucion antiséptica titulada, en cantidad suficiente para irrigarlo, si se ha de extraer todo despues, ó en pequeña cantidad si se ha de dejarla dentro Así el método comprende tres procedimientos: el de MESNARD-DEBOVE, por el cual se aspira totalmente el contenido del quiste y se lo irriga ámpliamente una vez vacio con 1.500 c. c. de solucion de bicloruro al 1 °/oo, que luego se extraen: tiene el inconveniente de que no siempre es posible extraer todo el líquido inyectado y expone, por consiguiente, á intoxicaciones Por estas razones, sus autores han reemplazado el bicloruro con otros antisépticos menos tóxicos, pero tambien de menor eficacia, pero no decir de ninguna.

En el segundo procedimiento, de SENET-BACCELLI, se saca solamente 30 ó 40 gramos de líquido y se lo remplaza por una cantidad equivalente de solucion de bicloruro al 1 °/oo, que queda en permanencia dentro del saco; tiene el inconveniente de dejar al quiste con toda su tension y, por esta razon, expone á la salida del líquido á través del orificio que deja la aguja y, consecutivamente, á la intoxicacion por las ptomainas que suele contener dicho líquido. Otra objecion al procedimiento de Baccelli es no poder saber, por la pequeña cantidad de contenido que se extrae, si el quiste es de una ó muchas vesículas, y hemos dicho ya que la no existencia de hidátides hijas es, segun Bouilly y otros autores, condicion indispensable para el éxito de la puncion con inyeccion, por mas que la solucion de bicloruro es susceptible de dialisarse á través de las paredes de las hidátides hijas.

El tercer procedimiento de HANOT, es mixto y participa de los dos anteriores, pues como en el de Mesnard y Debove, se aspira totalmente el contenido líquido y, como en el de Senet-Bacelli, no se irriga sino se inyecta 30 á 40 gramos de una solucion de bicloruro al 1 °/oo, y se la deja en permanencia dentro del quiste.

Hemos optado por el último procedimiento, considerando que la aspiracion de todo el líquido es, por sí solo, una parte en el proceso de sanacion, el cual se completa introduciendo

una solucion parasiticida que dé muerte á la hidátide y evite la reproduccion del líquido.

Relatamos ahora el caso de nuestra enfermita.

Con todas las precauciones del caso, asepsia del trócar, de la operada y del operador, se puncionó en el octavo espacio intercostal, por fuera de la línea axilar anterior, punto en que, á la presion, se notaba tension, renitencia, elasticidad y verdadera fluctuacion. No se dió cloroformo.

Aspiróse 1.460 gramos de líquido cristalino é inyectamos 25 de solucion de bicloruro al 1 °/oo. Antes de terminar la aspiracion, la enfermita tuvo náuseas y un vómito, que se repitieron despues á cortos intervalos hasta las seis de la tarde, hora en que cesaron. La niña se quejó tambien, en seguida de operada, de opresion, lo que expresaba diciendo que el vendaje de cuerpo, en realidad poco ajustado, le apretaba mucho. El pulso y la respiracion fueron tomados despues, pero no se anotaron. No conservo recuerdo sobre su frecuencia y otros caracteres; supongo, por la omision misma, que no debian ser notablemente anormales.

Sobrevino en el trascurso de la tarde la lijera reaccion febril que es frecuente en los quistes tratados por puncion é inyeccion (38°.4), y erupcion de urticaria.

Pasó la noche perfectamente bien, hasta cerca de las 6 a. m., en que la Hermana oyendo sus gritos, se apercibió de que respiraba penosamente, estaba azulada y queria saltarse de la cama en busca de aire. Llamado el practicante, éste la encontró cianótica, con gran dispnea y tiraje, enfriamiento de las extremidades; las inyecciones de éter y cafeina y los demás medios puestos en práctica, no impidieron que la enfermita sucumbiera momentos despues.

¿Cuál es la causa de la muerte? fué la interrogacion que nos hicimos en presencia de este desenlace inesperado. ¿La terminacion se ha producido por congestion pulmonar ó por parálisis cardíaca? ¿Ha sido debida á la inyeccion antiséptica, á las ptomainas del líquido, ó á los fenómenos producidos por el vaciamiento del quiste y la vuelta á su sitio de los órganos dislocados?

A juzgar por los síntomas indicados, la muerte se ha producido en verdadera lucha, con fuerte tiraje y gran dispnea; no es pues, como para pensar en un síncope cardíaco, y en cuanto á la hipótesis de intoxicacion por el líquido inyectado, puede

eliminarse desde luego, no habiéndose presentado los síntomas propios: cólicos, diarrea y salivacion; los vómitos no deben ponerse en su cuenta, pues empezaron antes de la inyeccion; por otra parte, no ha habido algidez sino, por el contrario, la reaccion febril propia del caso.

Recordaremos tambien que el exámen del corazon, antes de la operacion, no habia revelado al Dr. Araoz Alfaro ni á mí, nada de anormal, siendo tambien el pulso perfectamente igual y regular.

Véase ahora el resultado de la autopsia, practicada por el Dr. Llambias Mir, Prosector de la Asistencia Pública y médico agregado al servicio:

Corazon: izquierdo exangüe, derecho lleno de coágulos cruóricos, dos placas ateromatosas en las válvulas aórticas. Miocardio de color de hoja muerta, con aspecto macroscópico de miocarditis.

Pulmones: derecho con débiles adherencias pleurales, una que otra equimosis sub-pleural, fuerte congestion activa en todos los lóbulos. El izquierdo no está adherido, pero se encuentra igualmente congestionado. Los dos pulmones eran, segun expresion feliz de un circunstante, dos coágulos de sangre; apretados, no salia aire; cortados en fragmentos y echados al agua, se sumergian.

Hígado y riñones exangües, estómago é intestino con venas vacias. El quiste era póstero-superior, estaba cerrado, contenia 500 gramos de líquido y como se presumia, no tenia vesículas hijas.

Segun comunicacion del Dr. Llambias, el exámen microscópico ha confirmado el diagnóstico de miocarditis.

Anatómicamente, nuestra enferma ha muerto, pues, de congestion pulmonar y, agregaré, neuro-paralítica. Ahora bien, ¿la neuroparálisis se ha producido por reflejo ó por intoxicacion por las ptomainas que Mourson y Schlagdenhauffen han encontrado en el líquido de los quistes fértiles?

Debove ha demostrado experimentalmente el carácter tóxico de la urticaria y atribuye á las ptomainas los accidentes dispnéicos consecutivos á la puncion. Achard llega á las mismas conclusiones; para él, la intoxicacion explicaria la urticaria y accidentes como la dispnea, síncope, náuseas, vómitos; explicaria tambien los casos oscuros de muerte súbita ó rápida des-

pues de puncion. Por mi parte, no me doy cuenta en el caso que estudio de cómo haya podido producirse la congestion por intoxicacion.

Se explicaria, á mi juicio, mucho mejor recurriendo al tema tan socorrido de los reflejos; yo lo atribuiria voluntariamente á varias concausas, como ser congestion *ex-vacuo*, trastorno ó conmocion nerviosa en la esfera del pneumogástrico y simpático por la vuelta brusca de órganos dislocados á su sitio normal, lo que originaria como es natural, fenómenos reflejos, ya que todo va á parar al centro para de allí ser devuelto á los órganos en formas varias, segun el segmento central en donde se haga la reflexion. A estas causas agrego la no menos apreciable de todas, la impresionabilidad nerviosa del sujeto, algo que no conocemos en su esencia, pero que vemos en el hecho.

Recordaré que, muy al principio de la operacion, aparecieron fenómenos reflejos pneumogástricos: vómitos y náuseas, que siguieron toda la tarde. ¿Por qué no referir á la misma causa los accidentes que sobrevinieron despues?

En resúmen, quiste hidatídico voluminoso, que comprime y disloca órganos cuyo funcionamiento es esencial á la vida, vaciado por puncion; muerte del enfermo, veinte horas despues, por congestion pulmonar activa y súbita, neuroparalítica, de causa refleja.

He aquí, ahora, los consejos que me doy á mí mismo:

1º. No vaciar todo el quiste si es muy grande; no importa que quede líquido y se diluya la solucion antiséptica, pues la de bicloruro es mortal para los hidátides aún á título débil.

2º. Suprimir los reflejos por inyecciones de morfina, por el hidrato de cloral y el bromuro de potasio, sobre todo la morfina. Esto parece extraño, pero ¿no es á ella que recurrimos los cirujanos para evitar reflejos inhibitorios que sobrevienen á las primeras inhalaciones del cloroformo? ¿No se hace tambien, á veces, una inyeccion de morfina con resultado, en caso de accidentes?

¿Lancereaux no dice haber librado á muchos enfermos de muerte segura aplacando los reflejos mediante inyecciones de morfina?

Así, pues, recurramos á la morfina cuando temamos que puedan presentársenos accidentes reflejos, cuando operemos en el vientre y en el tórax, en los órganos genitales y en el ano.

Buenos Aires, Abril de 1895.

2ª CONFERENCIA CIENTÍFICA DEL CÍRCULO MÉDICO

ABRIL 24

Sobre un caso de muerte súbita consecutiva á una puncion de quiste hidatídico

El Dr. Gutierrez lee la disertacion inserta en la pág 190.

Dr. Palma—Como fuí uno de los que aconsejaron al Dr. Gutierrez que procediera como lo hizo, quiero decir algunas palabras respecto de este caso.

Creí, y continúo creyendo, que en el caso aludido estaba indicado el procedimiento de Hanot, y yo no trepidaria, en un caso semejante, en intervenir del mismo modo. Tengo, en efecto, aparte de lo publicado por médicos extranjeros, la observacion personal de nueve enfermos, casi todos niños, tratados de la manera indicada, y en todos debo felicitarme del resultado rápido y seguro alcanzado.

Entre tanto, cuando se trata esos quistes por la laparatomia, marsupializando la bolsa, la curacion es sumamente tardia, á pesar de que hay autores que aseguran que no tarda mas de 25 á 35 dias. Yo la he visto siempre demorar muchos meses; mas aún, puedo decir que, en ninguno de mis operados, algunos de los cuales remontan ya á muchos meses, he tenido la fortuna de ver definitivamente cerrada la fístula consecutiva á la operacion.

Debo agregar que no en todos los casos tratados por la aspiracion é inyeccion antiséptica he observado reaccion febril; solo en cinco de ellos se ha producido y en esos casos ha coincidido siempre con una erupcion de urticaria.

En cuanto á la causa de la muerte súbita de esta niña, yo pienso del mismo modo que el Dr. Gutierrez. Excluyo enteramente la idea de una intoxicacion, no solo por el bicloruro, que jamás podria ser tóxico á esa dósis inyectada en una bolsa que no absorbe, sino tambien por las ptomainas que se producen en los quistes fértiles y que el Dr. Gutierrez ha mencionado. He tenido oportunidad de ver

dos casos de grandes quistes abiertos en la cavidad abdominal, uno por un golpe, y otro por una puncion demasiado violenta probablemente, y aunque en los dos se observó gran erupcion de urticaria, dolores y fiebre, los fenómenos se disiparon prontamente; no creo, pues, que la intoxicacion por estos productos, sea capaz de determinar la muerte.

Dr. Llambias Mir—Paréceme, Sr. Presidente, que se ha descuidado demasiado, al hablar de las causas de muerte súbita de esta enfermita, las lesiones del aparato circulatorio que presentaba. El miocardio estaba netamente degenerado, como puede verse en las preparaciones microscópicas que observarán luego, y habia además, en la aorta, dos pequeñas placas ateromatosas.

Pienso, pues, que esta afeccion cardiaca, producida quizá por la antigua dislocacion del órgano, debe tenerse en cuenta para explicar con mayor facilidad las fatales consecuencias de los reflejos que se supone.

Dr. Araoz Alfaro—Deseo corroborar lo que acaba de decir el Dr. Llambias. La terminacion mortal ha podido ser singuarmente favorecida por el estado del miccardio. Pero debo tambien manifestar la sorpresa que en la autopsia experimenté al encontrar la lesion que el Dr. Llambias calificó macroscópicamente de miocarditis;—en efecto, durante la vida, esa niña no presentó alteracion alguna en los tonos cardiacos ni en su ritmo. Por otra parte, no habia en sus antecedentes, enfermedad infecciosa que pudiera explicar la miocarditis, á no ser que ella se deba, como insinuó el Dr. Lambias, á perturbaciones nutritivas producidas en el corazon por la dislocacion y compresion sufridas.

Dr. Decoud—La muerte por congestion pulmonar, en los casos de quistes hidatídicos tratados por puncion, es muy comun cuando ellos radican en el pulmon; ahora bien, en el caso del Dr. Gutierrez, el tumor hacia prominencia en la cavidad torácica y podia, pues, bajo el punto de vista de las perturbaciones mecánicas, equipararse á los de quistes del pulmon en los cuales la puncion está condenada y debe recurrirse á la abertura ámplia.

Por lo demás, y refiriéndome á lo que decia el Dr. Palma, haré notar que si en los niños, las laparotomias por quiste

dan una curacion muy tardía, como él ha visto, no debe suceder lo mismo en los adultos, segun mi observacion personal, puesto que los casos operados por mí han curado con prontitud.

Dr. Gutierrez—El Dr. Decoud está equivocado al atribuir á la congestion pulmonar, la muerte que sobreviene frecuentemeute en los casos de quiste pulmonar tratados por la puncion. Será quizá eso cierto en algunos casos, pero, por regla general, esos enfermos mueren por abertura de quistes en los bronquios y oclusion de éstos por las membranas quísticas. Por eso es que, en la operacion sangrienta, no se nota el mismo inconveniente, desde que el mismo operador saca la membrana fértil.

No creo, pues, que pueda equipararse mi caso al de los quistes del pulmon.

Dr. Palma—Como acaba de hacer notar el Dr. Gutierrez, el Dr. Decoud atribuia mal á la congestion pulmonar los casos de muerte en los quistes de ese órgano.

Por lo demás, nadie ha dicho que en los quistes de la convexidad del hígado, la puncion no deba practicarse, mientras que en el caso de quiste del pulmon, hay que guardarse muy bien de practicarla.

Dr. Vidal—No me parece demostrado que sea la congestion pulmonar la causa directa de la muerte de esta niña. En efecto, en ese caso deberia haber habido expectoracion albuminosa y tos, y la historia no dice que tales fenómenos se hayan observado.

Creo que se ha pasado en silencio otro factor que ha jugado quizá el primer rol. Me refiero á los reflejos que, como está demostrado, parten de los canales biliares, en caso de afecciones hepáticas y determinan una contraccion de las arteriales de la circulacion pulmonar, con la natural dilatacion consecutiva del corazon derecho. La muerte puede haberse producido, pues, por parálisis cardíaca y haber sido la congestion un fenómeno posterior.

Dr. Araoz Alfaro—La tos y la expectoracion albuminosa no se han producido porque la congestion ha sido de tal modo súbita, que no ha habido tiempo para que se presentaran.

Dr. Vidal—Creo que, desde que han trascurrido muchos minutos podria habérselos observado.

Recuerdo tambien haber leído en un artículo del Dr. Galliard, que son los quistes de la cara convexa los que, con mas frecuencia, dán lugar á estos fenómenos de muerte súbita. Conviene pues, ser con ellos mas precavido y hacer, como decia el Dr. Gutierrez, una extraccion de pequeña cantidad de líquido.

Dr. Lucero —Quiero hacer una observacion tan simple, que esperaba por momentos verla formular. No me explico, ni he visto jamás en fisiologia ó patologia, reflejos que tardan 20 horas en producirse, como se pretende en el caso presente.

Por otra parte, desde que habia una miocarditis y placas ateromatosas, es mas lógico atribuir á estas lesiones la muerte súbita, puesto que Frank ha demostrado que esas placas de aortitis pueden ser punto de partida de reflejos mortales.

Dr. Vidal—Hay síncopes que se producen tardiamente, en la fiebre tifoidea, por ejemplo, y los puntos de partida del reflejo no se puede precisar. En todo el curso de la fiebre tifoidea hay ulceraciones intestinales y, sin embargo, es en un instante enteramente variable que el reflejo se produce.

Dr. Palma—El Dr. Lucero, que no comprende cómo el reflejo partido de los órganos dislocados ó conmovidos por la operacion, se produjo sólo muchas horas despues, no sabria tampoco explicarme por qué el reflejo que él supone partido de la aorta se produjo en ese momento y no en otro cualquiera. Yo podria, pues, volver en su contra la argumentacion que hace.

Le diré solamente, que no sabemos de dónde ni en qué momento parte el reflejo que suponemos; pero es un hecho de observacion, que él se produce comunmente muchas horas despues de la operacion.

Dr. Araoz Alfaro—Yo querria que el Dr. Lucero me explicara por qué cree mas probable que una niña que no ha presentado ni una irregularidad en su pulso ni alteracion alguna de su ritmo cardíaco, haya muerto mas bien por su miocarditis y sus dos plaquitas aórticas, que del modo por nosotros aceptado.

Dr. Lucero—El Dr. Araoz Alfaro sabe bien que los niños no suelen presentar esas alteraciones aunque tengan lesiones cardíacas. Por lo demás, yo me baso en un dato anatómico.

Dr. Araoz Alfaro—Precisamente, los niños no suelen presentar irregularidades porque soportan perfectamente su lesion, y no hay por qué pensar que la muerte súbita haya sido debida en nuestro caso á esa lesion aórtica, desde que su corazon funcionaba perfectamente bien, y desde que ha habido cantidad de otros casos que sin lesion vascular alguna han terminado del mismo modo que el nuestro.

Anastómosis mecánica de los intestinos

El Dr. Decoud hace una comunicacion sobre este tema. Estudia comparativamente las suturas y los procedimientos mecánicos, es decir, el enteroplexo de Ramaugé y el boton de Murphy, inventados contemporáneamente en Buenos Aires y en Chicago.

Relata el único caso operado por él con el primero de estos aparatos; obtuvo éxito perfecto, pero el enteroplexo no fué expulsado.

Con el aparato de Murphy se ha hecho ya muy numerosas operaciones en América y Europa. El orador lo cree destinado á reemplazar á las suturas no solo en las anastomosis intestinales, sino tambien en las gastro-enterostomias, colecistoenterostomias, etc. Por todo esto, lo cree superior tambien al enteroplexo que es, por otra parte, mucho menos manejable. Piensa, sin embargo, que este último, puede ser muy útilmente modificado.

Dr. Ramaugé—Agradece al Dr. Decoud los conceptos que le ha dedicado. Recuerda que presentó algunos meses antes que Murphy su aparato, si bien es cierto que este último lo acompañaba ya de la relacion de varios casos operados. Consta, sin embargo, que el orador habló de la idea de su enteroplexo, en clase de medicina operatoria, un año antes de realizarlo.

Respecto del caso referido por el Dr. Decoud, dice que quizá el enteroplexo haya sido expulsado cuando el encargado de examinar las heces se hubiera cansado de su tarea; que no se explica la retencion del instrumento sino en caso de haber quedado encastillado por reproduccion del

carcinoma y que eso no ha sucedido puesto que el enfermo está hasta hoy perfectamente sano.

En cuanto á las dificultades manuales del enteroplexo, está haciéndole modificaciones que cree lo mejorarán notablemente. Para cuando ellas estén concluidas, pedirá una nueva conferencia al Círculo Médico.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

Sesion del 19 de Abril

Reseccion de la tibia

El Dr. Decoud presenta un marinero de 16 años que sufrió una fractura expuesta de la tibia con un proyectil de madera de los que se usan en los ejercicios de fogueo.

Quince dias despues del accidente fué llevado á su servicio de cirugia con abundante supuracion y edema inflamativo. Cuando estos síntomas se moderaron, el Dr. Decoud practicó un amplio debridamiento y como reconociera en la herida un foco de osteomielitis con secuestros, de los cuales algunos móviles, resolvió practicar una reseccion típica en la extension de doce centímetros, conservando la envoltura perióstica, cuyo poder osteogénico parecia haberse agotado en algunos puntos.

Excitando la osteogenesis, la reproduccion ósea ha sido perfecta, y permitido la conservacion de un miembro útil.

A pesar del éxito obtenido, el exponente cree que en cirugia de guerra las indicaciones de las resecciones típicas deben limitarse cada vez más, y considera que en los casos análogos la secuestrotomia practicada en tiempo oportuno será de más utilidad. Apoya este parecer en el hecho de que la vista del cirujano no logra siempre delimitar la extensiòn de las lesiones tan bien como la naturaleza misma, y por consiguiente con la resección tipica es posible llevar más de lo necesario, ó dejar porciones enfermas.

Dr. Posadas — Si bien en el caso del Dr. Decoud el hueso se ha reproducido, no siempre llega á reemplazarse total-

mente la parte extraida; así sucedió en un caso que yo operé.

Creo por eso que, cuando se trata de grandes extensiones de hueso, la intervencion en las osteomielitis debe reducirse á secuestrotomias y trepanaciones.

Un caso de esclerosis pulmonar con dextrocardia

Dr. Araoz Alfaro.—La enfermita que ustedes ven, me fué presentada hace varios meses en mi consultorio del Patronato de la Infancia; la madre me refirió que tosia desde hacia varios años, que expectoraba, habia tenido fiebre y enflaquecia notablemente. El diagnóstico de otros médicos habia sido, tuberculosis pulmonar; fué tambien el mio en un primer exámen rápido que me permitió constatar: respiracion tubaria, matitez y exageracion de vibraciones vocales en el vértice derecho.

Es algun tiempo despues que, en un momento de agitacion de la enfermita, mi practicante, el señor Avila, notó que el corazon latia en el mamelon derecho, y que, examinándola prolijamente, encontré los signos físicos que ustedes pueden constatar ahora.

La niña, de nueve años, es muy poco desarrollada como ustedes ven. Su hombro derecho está mas bajo que el izquierdo y el tórax enteramente aplanado y deformado del lado derecho tambien, habiendo asimismo escoliosis de convexidad hácia el mismo lado. La deformacion del lado derecho del tórax es considerable y pueden ustedes apreciarla mejor, estudiando los trazados cirtométricos que les presento.

La excursion respiratoria es casi nula en el lado derecho; en todo él, por delante como por detrás, hay matitez y exageracion de las vibraciones. Es posible determinar por delante el ruido de *pot-fêlé*, pero se sabe que en los niños es muy fácil producirlo.

A la auscultacion se nota soplo tubario, pero no hay sino escasos rales subcrepitantes difusos, que tienen como el soplo, un timbre metálico. Hay aumento de la broncofonia normal, sin pectoriloquia. El máximum del soplo y la broncofonia radica en la region interescapular, lado derecho.

Del lado izquierdo, hay lijera submatitez en la fosa su-

pra-espinosa, con soplo poco intenso (popagado?) en la region que corresponde al grueso bronquio. Por lo demás, este pulmon parece normal y ocupa todo el lado izquierdo del tórax, habiendo desaparecido la matitez cardíaca.

La punta del corazon late en el mamelon derecho y la matitez cardíaca, que no es posible delimitar exactamente en razon de la matitez pulmonar, parece afectar una forma idéntica de la normal, pero invertida, es decir, con el borde izquierdo vertical, un poco por fuera del borde external izquierdo y con la punta en el mamelon. Por el diseño que les paso, ustedes pueden darse cuenta de esa disposicion. Por lo demás, la auscultacion y la palpitacion del corazon no revelan nada de anormal, á no ser que los tonos se oyen en los puntos que la percusion revela como ocupados por el órgano dislocado.

El hígado no pasa del reborde costal y me parece un poco levantado, como lo están tambien las mismas costillas.

El espacio de Traube, normal.

En presencia de estos signos físicos, de la falta de gorgoteo y rales de reblandecimiento, de la ausencia de fiebre y la gran mejoria del estado general, y, sobre todo, de la unilateridad de la lesion, yo he sentado el diagnóstico de *esclerosis pulmonar unilateral con bronquectasias no ampulares y desviacion del corazon hácia el lado derecho.*

Creo que los bronquectasias son uniformes porque no hay expectoracion á boca llena, si bien ha existido segun parece, antes. Digo esclerosis unilateral, porque si hay pequeños focos del lado izquierdo, ellos son enteramente despreciales.

He eliminado la tuberculosis por la unilateralidad de la lesion y el alto grado de retraccion á que el pulmon ha llegado, por la ausencia de fiebre y la mejoria de la enfermita que ahora casi no tose, no expectora, come bien y apenas se fatiga si corre ó se agita mucho. La prueba irrefutable que seria dada por el exámen bacteriológico de los esputos, no ha podido ser practicada porque, como he dicho ya, la niña no expectora nada actualmente. Es probable que el uso prolongado de la creosota y el aceite de hígado de bacalao, á que la he sometido, hayan tenido su parte en este resultado.

Creo, por último, que la dextrocardia es determinada por la esclerosis pulmonar, por cuanto no se constata el *situs inversus* del hígado, estómago, bazo, etc., como sucede casi constantemente en los casos de dextrocardia congénita.

Respecto de la desviacion del corazon, me parece que este caso es notable por lo acentuada que ella es. En efecto, los autores que he leido, dicen que el corazon puede ser dislocado, pero ninguno habla de desviacion tan grande; al contrario Jürgensen habla como de un caso excepcional de un enfermo de Notnangel, cuyo corazon (la punta) latia al lado del borde external derecho.

Querria igualmente conocer la opinion de mis consócios sobre el hecho de que á pesar de dislocacion tan grande, la forma de la matitez sea la misma que de ordinario. A mí me parecia difícil que ella no se deformara en un movimiento tan grande de rotacion.

Sentado el diagnóstico de esclerosis pulmonar, hay que preguntarse cuál ha sido su orígen. La madre dice que, hace cinco años, la niña fué atacada de sarampion y, casi en seguida, de coqueluche; que en el curso de esta afeccion, la niña experimentó fiebre elevada y dispnea y que desde entonces, enflaqueció notablemente, quedando siempre con tos y teniendo de tiempo en tiempo accesos de fiebre elevada, durante los cuales la tos y la expectoracion aumentaban.

Parece, pues, indudable, que la pneumonia crónica intersticial ha sucedido á un proceso agudo desarrollado en el curso de la coqueluche. Pero ¿cuál ha sido ese proceso? En vista de la intensidad de la lesion y de la unilateralidad, yo habia pensado al principio que hubiera sido una pleuresia con derrame. Estudiando mas tarde el asunto, vi que la pleuresia purulenta es casi la única que determina esclerosis notables; ahora bien, como seria difícil admitir aquí una pleuresia purulenta, puesto que la niña no ha sido operada ni ha tenido vómica, me parece mas natural pensar que hubo una broncopneumonia diseminada y que, posteriormente, el proceso escleroso se hizo notable en el lado en que las lesiones fueron mas confluentes, limitándose y disminuyendo en el otro.

Dr. Vidal.—La parte de la exposicion del Dr. Araoz Al-

faro relativa al origen probable de la esclerosis pulmonar en el caso, muy interesante, que nos acaba de presentar, me sugiere una ligera observacion.

La opinion del Dr. Araoz se inclina al origen broncopulmonar de esta esclerosis. Su forma, el hecho de abarcar todo un pulmon, me parece al contrario favorable al origen pleurítico.

Los antecedentes de la enfermita, no revelan, es cierto, la existencia anterior de una pleuresia purulenta, la que ordinariamente acarrea la cirroses pulmonar (no se ha hecho intervencion operatoria, ni se ha observado vómica) y sí mas bien, segun el colega la de una bronco-pneumonia.

Pero, aun prescindiendo de las retracciones de la pared y del pulmon mismo á que pueden dar lugar las pleuresias sero-fibrinosas, pienso que debe tenerse en cuenta: 1º, que ciertas pleuresias supuradas, las por neumococos especialmente, pueden curar por simple regresion y absorcion del exudado, sin vómica y sin abertura exterior; 2º, que la expulsion por los bronquios, en vez de afectarse por vómicas considerables, ha podido hacerse menos brevemente, por cantidades fraccionadas, sin ser notada.

De todos modos, los caracteres de esta esclorosis, su extension en primera línea, parecen ser los de la llamada pleurógena.

En cuanto á las estadísticas á que se ha referido el Dr. Araoz, que asignan á las pleuresias purulentas un lugar secundario despues de las broncopneumonias, en la produccion de las cirrosis pulmonares, observaré que sus autores no habrán tenido en vista el grado de dichas cirrosis. A haberse considerado solamente las que comprenden todo un pulmon ó la mayor parte de él, como es el caso actual, las pleuresias ocupan sin duda el primer rango.

Dr. Araoz Alfaro. — Reconozco fundada la observacion que el Dr. Vidal hace á mi suposicion sobre el origen de esta esclorosis. Creo que se puede sostener tan fácilmente que es consecutiva á una pleuresia como á una broncopneumonia, y si yo preferia esta última hipótesis, es solamente porque me parece muy difícil aceptar qué una pleuresia purulenta no operada haya terminado espontáneamente sin vómica.

Por lo que se refiere á la unilateralidad, el a no es una objecion en contra del orígen por pneumonia catarral. Es cierto que ésta es casi siempre bilateral, pero los autores admiten, y Jürgensen lo dice explícitamente, que cuando se produce la pneumonia crónica consecutiva, las lesiones van haciéndose más notables en el lado que tenia los focos más confluentes, mientras que van limitándose y siendo ocultadas por enfisema en el lado opuesto.

Por lo demás, las estadísticas de Trojanowsky y Lebert, que comprenden el mayor número de casos estudiados, coloca las bronquitis y bronco-pneumonias consecutivas al sarampion y la coqueluche, en el primer rango como factor productor de esclorosis.

Respecto de la pregunta del Dr. Vidal, le diré que al hacer notar que la desviacion era muy considerable, me he referido únicamente al grupo de las determinadas por esclerosis pulmonar, no ignorando que las congénitas son mucho más pronunciadas.

Dr. Vidal. — Si las estadísticas colocan á la coqueluche y el sarampion en primera línea como determinantes de pneumonias crónicas, ellas no tienen en cuenta el grado de la lesion y, dada la magnitud de la que tenemos á la vista, me parece difícil admitir que no sea pleurógena, cosa que, por lo demás, no quita nada de su mérito á la observacion.

Respecto á la dificultad de terminacion espontánea de una pleuresia purulenta, haré notar al Dr. Araoz Alfaro que la vómica puede haber pasado desapercibida. Hay tambien ciertas pleuresias purulentas, ó pneumococos que pueden terminar por reabsorcion.

Dr. Wernicke. — Como el Sr. Vidal, creo más probable que esta esclorosis sea consecutiva á una pleuresia y no á una bronco pneumonia. A las razones expuestas por él, agregaré que he constatado examinando la enfermita, oscuridad respiratoria en la base derecha, que podia hacer suponer la existencia de adherencias consecutivas á una pleuresia. Por lo demás, aunque con más frecuencia es la pleuresia purulenta la que origina estos procesos crónicos, la pleuresia con derrame sero-fibrinoso puede tambien producirlo, y no es dudoso que esta forma termine por curacion espontánea.

Papaina contra la ténia.—En un caso de ténia solium, rebelde á todos los medicamentos tenífugos ordinariamente recomendados, el Dr. Bartholow recurrió con éxito á la papaina, dada á dosis de 6 decígramos, tres veces por dia, despues de las comidas principales. El resultado obtenido fué excelente: expulsión de una ténnia de no menos de 7 metros de largo. Es bastante probable que la papaina ejerza una accion tóxica sobre la ténia, lo que hace que se desprenda de la mucosa del intestino y sea expulsada al exterior por movimienlo perstáltico.

El fermento glicolítico en la diabetes.—El Dr. Lépine hace conocer los resultados que ha obtenido con el fermento glicolítico fabricado artificialmente (5 gramos de amilasa tratada por el ácido sulfúrico) en un diabético que expulsaba más de 150 gramos de azúcar por dia. Bajo la influencia de este medicamento, y dejando al enfermo la eleccion de sus alimentos, el azúcar ha descendido en diversas ocasiones de 150 á 75 gramos, para remontar á la cifra inicial 24 horas despues de la cesacion. Al mismo tiempo, el enfermo engordaba y veia desaparecer sus neuralgias.

CRONICA

Bibliografía.—El exceso de material original nos impide desde hace algunos números ocuparnos de bibliografía. Haremos, en el próximo número, la critica de varias obras recibidas.

Nuevos académicos.—El Dr. Güemes ha sido elegido en reemplazo del Dr. Gonzalez Catan, cuya muerte ha sido tan sentida.

El Dr. Susini, que por el reglamento tenia derecho á ser nombrado académico honorario, ha recibido la confirmacion oficial en ese cargo. El Dr. Susini, es uno de los profesores más inteligentes y preparados de la Escuela y su entrada al cuerpo dirigente de la Facultad, ha de dar buenos frutos en breve.

Nos ocuparemos, en el próximo número, de algunos proyectos de reforma que tiene en preparacion.

Año XVIII – 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 9

Anales del Círculo Médico Argentino

MAYO 15 DE 1895

INAUGURACION

DEL

EDIFICIO PROPIO DE LA ASOCIACION

Discurso del Presidente, doctor Amoretti

Señores:

El Círculo Médico Argentino, modesto en sus formas, si bien grande en ideales, ha logrado, despues de constantes afanes, cimentar los deseos unánimes de sus asociados: poseer un local propio y adaptado á sus fines.

Los primeros trabajos fueron emprendidos con ese objeto en el año 1883, y han sido coronados, recientemente, del éxito más satisfactorio.

La importancia que este hecho representa para los destinos futuros de la Asociacion, es de tal magnitud, que puede decirse que viene á asegurarle la estabilidad que tanto necesitaba. Comprendiéndolo así, la Comision Directiva ha resuelto celebrar solemnemente su estreno por considerarlo como un verdadero acontecimiento científico y ha querido que se hallen representadas en este acto las distintas ramas de la ciencia por medio de sus miembros más conspícuos.

En efecto, señores, el Círculo Médico Argentino ofrece en estas circunstancias el raro ejemplo, entre nosotros al menos, de que una asociacion científica y médica por añadidura, haya podido en veinte años de existencia, llegar á tal grado de adelanto como para levantar los cimientos de este sencillo edificio que representa el amor al estudio y que será, en adelante, testigo mudo de la avidez con que sus asociados vendrán á beber en sus archivos los últimos adelantos de la ciencia médica. Estos triunfos han podido ser alcanzados

gracias al numeroso elemento jóven que encierra, que es el que lo vivifica y lo estimula.

Convencido de la posibilidad de llevar á cabo la idea del edificio con los elementos de que se disponia, no he descansado un instante como presidente de la asociacion y como miembro de la comision de edificacion, hasta ver realizada la obra.

Voy á daros algunos pormenores sobre el comienzo de los trabajos relativos á la edificacion, que no son de todos conocidos.

Con fecha 6 de Noviembre de 1883 la Comision Directiva, por iniciativa del presidente D. Samuel Gache, estudiante, entonces, de medicina, se nombró una comision que se denominó de Edificacion, á la cual he tenido el honor de pertenecer desde su orígen, encargada de arbitrar los medios para conseguir los fondos necesarios, confeccionar planos y correr con todo lo relativo al edificio, torgándole ámplias facultades para proceder; esta comision se instaló el 22 de Diciembre del mismo año (1883) é inició luego sus trabajos, dándolos por terminados el 25 de Febrero último con la entrega del edificio. Como un testimonio de la gratitud de que se halla poseída la Asociacion, daré los nombres de los miembros de esa Comision tal cual se hallaba constituida últimamente; son los siguientes: señores, Dr. Samuel Gache, como presidente; Dr. Alejandro E. Amoretti, como secretario; Dr. Marcial V. Quiroga, como tesorero; y Sres. Dr. Juan B. Señorans, Silvio Tatti y Enrique Diana, como vocales. Como un acto de justicia hago especial mencion de los señores Víctor M. Sanguinetti, cuya memoria recuerdo con respeto, Dr. Ramon N. Eizaga, Dr. Francisco Bernal, Dr. Gregorio Hunt y Dr. Francisco Otaño, que pertenecieron en un principio á esa comision y que colaboraron con un entusiasmo digno de encomio en los primeros trabajos hechos para reunir fondos; lo que se logró por medio de una suscricion popular, contribuyendo con fuertes subvenciones los Excmos Gobiernos Nacional y de la Provincia de Buenos Aires. Con estos recursos se pudo adquirir el 30 de Mayo de 1888 el terreno en el cual debia luego erigirse la casa de la Sociedad. Posteriormente fué aceptado el proyecto por el cual se ha levantado el edificio, que presenté al estudio de la Comision de Edificacion, confeccionado por el constructor D. Cayetano Della Paolera y cuyas bases liberales para el pago, facilita-

ron grandemente su ejecucion, habiendo sido aprobado por la Comision Directiva y acogido con entusiasmo.

Este plano fué encargado desistiendo del primitivo que habia sido aprobado, por ser muy oneroso, el cual habia sido proyectado y donado por el malogrado ingeniero D. Félix Amoretti, lo que me hago un deber en consignar.

Señores:

Si árdua ha sido para el Círculo Médico Argentino la tarea de construir su propia casa, otra más árdua aún se halla empeñada en terminar... Me refiero á la creacion de otro edificio indiscutiblemente más grandioso, como lo es la formacion de la medicina nacional, en cuya obra tiene mucho adelantado.

Cada dia que pasa, consolador es manifestarlo, más se facilita la empresa, por el ahinco con que se dedica la juventud estudiosa á la investigacion de los descubrimientos científicos, particularmente á los estudios de laboratorio que tantos problemas han resuelto y ¿cuántos estarán llamados á resolver?

Abriéndose en la actualidad para la Asociacion una nueva era de progreso, podrá con sus valiosos elementos, adelantar mucho camino en ese sentido.

Al declarar oficialmente inaugurada la casa del Círculo Médico Argentino, os invito á continuar sin descanso la labor, aportando cada cual el contingente de su inteligencia y contribuyendo cada uno en la medida de sus aptitudes.

He dicho.

Abril 1º de 1895.

ESTADO ACTUAL DE LA INSTRUCCION MÉDICA
EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Por el doctor Araoz Alfaro, Vice-presidente del Círculo

Señores:

Cábeme el honor de inaugurar las conferencias científicas con que el Círculo Médico Argentino contribuirá este año al estudio de nuestras cuestiones profesionales, y tengo la satisfaccion de hacerlo en circunstancias tales que, por sí solas,

constituirian motivo de legítimo placer, si no lo fuera ya el hecho de iniciar esta série de disertaciones médicas.

Gratos auspicios presiden esta reunion, señores. Tras largos años de lucha y de zozobras, como los que han atravesado en nuestro país todas las asociaciones científicas, el Círculo Médico vé hoy cumplida una de las aspiraciones más vehementes de sus fundadores y puede decir, con justicia, que ha pasado ya, para siempre, su período de prueba. La conclusion, en unos cuantos meses, de obra como ésta que tanto tiempo pareció dificilísima y que llegó á creerse, al fin, irrealizable deseo, seria ya bastante indicio de que empieza á nacer entre nosotros el espíritu científico, si el aumento de las publicaciones médicas, la labor rival de laboratorios y asociaciones, el incesante progreso de nuestra escuela de medicina, no mostraran elocuentemente cuánto hemos ganado en algunos años y cuán vivamente se han despertado, en nuestra sociedad, estímulos adormecidos, más bien que ausentes, para la alta cultura intelectual.

Yo quisiera intentar, con motivo de esta nueva era en que entra con pié firme nuestra asociacion, un balance de las ventajas conseguidas y tambien un ligero resúmen de lo mucho que nos falta por alcanzar.

Y desde que los progresos son incontestados, por demasiado visibles, he de principiar por declarar que ellos no se deben exclusivamente á uno solo de los grupos diversos en que el gremio médico ha sido tradicionalmente dividido, así como no es tampoco una sola la causa de las mil deficiencias que aun tenemos que corregir.

El cuerpo docente de nuestra Facultad, como los estudiantes universitarios y muchos que habian dejado de serlo llevando en su espíritu solo desprecio por maestros rutinarios y prácticas añejas, los médicos jóvenes como los viejos prácticos, los hijos del laboratorio como los clínicos apasionados por la observacion pura; todos ellos, con más ó menos decision, unos iniciando reformas que parecian temerarias, pareciendo otros ceder tímidamente á impulsos ajenos; todos, repito, han tenido su parte más ó menos lucida, más ó menos eficiente, en este avance de nuestras instituciones médicas, que parece en verdad prodigioso, si se compara friamente su estado actual con lo que era hace apenas unos cuantos años. Y, es justo decirlo en homenaje á un grupo

tratado frecuentemente con demasiada prevencion: más de una vez fueron los viejos los liberales, y los jóvenes quienes dieron pruebas de espíritu reaccionario.

En esta evolucion ha tenido tambien su parte el público, señores, el público que empieza á comprender que no es en los diarios políticos donde debe ir á buscar especialistas de encargo ó sabios de gacetilla fabricados á poca costa por amigos complacientes, que principia á estimular, siquiera sea débilmente, los esfuerzos nobles y sérios, y que acabará por convencerse de que los hombres de mérito no descienden á exhibirse con los charlatanes y sánalo-todo, ni son capaces de aprender el lenguaje bombástico de los dentistas de féria ó de los explotadores impúdicos de novedades ajenas.

Yo creo, señores, dado el estado intelectual de nuestro país y la preparacion de los hombres de gobierno, que el Círculo Médico (y lo mismo digo de las otras asociaciones semejantes), no puede limitarse al rol puramente académico de las sociedades científicas. Sin espíritu de hostilidad, que no puede existir, hácia persona ó corporacion alguna, está en la obligacion de aconsejar y aún gestionar de los poderes públicos medidas tendentes á mejorar no solo la instruccion médica, sinó tambien el estado social del médico, en este sentido, de sustituir al criterio falso y convencional que todavia domina, el simple y seguro de la competencia y del saber bien probados.

Se nos ha dicho por distinguidísimos escritores de paso entre nosotros, ó que entre nosotros residen, que en nuestra sociedad todo lo hacen las exterioridades engañosas y las aparatosas exhibiciones, que el *cabotinage* es el primer factor de nuestras preferencias y el único estímulo de nuestras cándidas manifestaciones de admiracion ; que son los *amateurs* los que en nuestro país usurpan el lugar que corresponde á las inteligencias superiores ó al saber profundo. Y yo confieso, con todo el dolor de un argentino amante de su pátria, que todo eso es cierto, como cierto es que nuestra juventud recibe, desde los bancos de la escuela, una educacion frívola, superficial, engañosa, y que esa juventud llega hasta la edad madura con propósitos extraviados, con el solo deseo de engañar á los demás con una preparacion mentida y usurpar,

por medio de aplausos comprados ó inconscientes, posiciones que no merece y honores que no tiene derecho á alcanzar.

Yo no puedo detenerme en este sitio, á estudiar los defectos que tales consecuencias han traído y los medios de remediarlo; pero necesitaba mencionar este estado de cosas para ocuparme de los estudios médicos. Y bien, los jóvenes que ingresan á nuestra Facultad, están en su inmensa mayoria, muy lejos de poseer la preparacion necesaria para hacer debidamente sus estudios universitarios. Porque ingresaron al Colegio Nacional con una base enteramente insuficiente, no sabiendo casi ninguno de ellos leer siquiera correctamente; porque cursaron en solo cinco años, todas las materias de la enseñanza secundaria, si bien reduciendo considerablemente los programas é ignorándolos ó no comprendiéndolos la mayor parte.

Llegan con un concepto enteramente erróneo de la importancia de sus esfuerzos y del mérito de su instruccion, porque profesores poco escrupulosos y padres descuidados y culpables les han hecho entender que el estudio no tiene otro objeto que permitirles *pasar* en los exámenes y que para *pasar*, para sacar 1, se necesita saber muy poca cosa, bastando poder contestar siquiera á una pregunta. Llegan, por último, con un sentido moral enteramente pervertido; porque han conocido profesores ignorantes é indolentes, rodeados de tantas ó más consideraciones que los instruidos y laboriosos; porque han visto muchas veces que los mejores de sus compañeros eran pospuestos á holgazanes de apellidos sonoros ó á mediocres ligados al profesor por relaciones de familia ó por baja aduloneria, cuando no por lazos aún más indignos y reprobables.

Así, no es extraño que las cifras de reprobados igualen casi, en los primeros años de medicina, á las de los aprobados y que cantidad de jóvenes, despues de dos ó tres años de lucha, se decida por fin á dejar las aulas en busca de tareas más fáciles y mejor remuneradas.

No se crea que soy pesimista; mal se avendria esto con mi edad y mi carácter. Hablo, por otra parte, ante el señor Ministro de Instruccion Pública, y es como profesor del Colegio Nacional y de la Facultad, que he podido convencerme de tan tristes verdades.

Entrando ahora á los puntos que más directamente nos

atañen: ¿los planes y los medios de estudio de nuestras escuelas responden á las exigencias actuales de la ciencia?

En conjunto, podemos decir que sí, sin trepidar. Las grandes facultades europeas, atestadas de alumnos que casi no son tomados en cuenta por el profesor, no dan, en general, una instruccion médica mejor que la nuestra. Este aserto está basado en el conocimiento de los médicos que llegan del extranjero y en el testimonio unánime de los nuestros que han viajado por Europa. Todos éstos dicen que, más bien, la media general de nuestros médicos es más ilustrada que la de los europeos. Descontemos lo que puede haber de parcial en esta afirmacion, y tendremos asimismo que, por lo menos, la mayor parte de nuestros prácticos son tan buenos como los de los países extranjeros más adelantados.

No obstante, hay un fruto que allí se produce y que aquí no madura: hombres de ciencia, *sabios*. No tenemos nosotros sabios, y me atrevo á pensar que pasarán muchos años antes de que á alguien podamos dar con justicia semejante nombre.

¿A qué se debe esta diferencia que en vano queremos disimular, prodigando el título y adjudicándolo á cada rato con ridícula facilidad? A muchas causas que pueden condensarse en tres grupos:

Ausencia de profesores sabios y del material de estudio necesario.

Falta de estímulo suficiente para los estudios científicos puros, y esto por muchas razones que luego anotaremos.

Falta de inclinacion al trabajo intelectual sostenido y ambicion demasiado viva por alcanzar el bienestar físico.

Me ocuparé especialmente de las dos primeras causas. La última... solo exige el esfuerzo aislado, y se hará menos poderosa á medida que las otras desaparezcan y que el trabajo material sea menos productivo.

No tenemos profesores sabios, he dicho, y no creo con esa afirmacion ofender á ninguno de nuestros maestros distinguidos, algunos de los cuales están presentes. Nadie está obligado á ser sabio, y mucho menos quien no ha tenido á su alcance los medios de llegar á hacerse tal.

Este inconveniente, poco apreciable para las cátedras clínicas y teóricas, y de remedio relativamente fácil en ellas, se nota muy visiblemente en las que son ó debieran ser expe-

rimentales. Los laboratorios no existen, ó son muy deficientes; el personal inteligente es escaso; los profesores no tienen la alta competencia que seria de desear. Bastan para instruir á médicos prácticos; no pueden formar sabios, ni llegarán ellos mismos á serlo, porque para eso se necesita trabajar muchos años al lado de eminencias científicas.

¿Cómo se remediaria este defecto? El medio más simple nos parece éste: traer de Europa, sinó como profesores, á lo menos como jefes de laboratorio, hombres que se hayan distinguido allí de un modo notable en el cultivo de esas diversas ramas de la ciencia. Excusado es decir que seria preciso remunerar sus servicios con largueza, de modo que pudiera obligárseles á dedicarse exclusivamente á la enseñanza.

El otro correctivo seria enviar un cierto número de nuestros médicos á estudiar allí y pensionarlos durante un regular número de años, no uno ó dos, sinó varios, todos los que fueran necesarios para completar su sólida preparacion: se les obligaria, en cambio, á producir trabajos experimentales suficientes para probar acabadamente su competencia. Este modo de proceder tiene dos inconvenientes: es el primero que habria que esperar varios años para que esos profesoros principiaran á enseñar á nuestros jóvenes, y el segundo, que hay que temer en la eleccion de los candidatos, el predominio de todas las influencias y todas las parcialidades que hasta ahora han existido.

Para que este medio diera resultados seria preciso instituir concursos rigurosos, tan rigurosos como los que se realizan para proveer las cátedras de sustitutos. Hasta ahora, en la concesion de pensiones por el Gobierno y aun por la Facultad, no ha habido otra norma que el valor de las influencias puestas en juego por los candidatos.

Otra de las razones que se oponen á que tengamos profesores sabios, ha sido ya mencionada de paso; es el escaso ridículo emolumento de que gozan, y que les obliga á dedicarse con preferencia al ejercicio de la profesion.

Falta de estímulo suficiente para los estudios científicos, dijimos. En efecto, ¿qué puede alcanzar á ser un jóven que se dedica únicamente á la ciencia? Profesor sustituto de la Facultad y nada más; es decir, un individuo que se sienta en las mesas de exámenes, perdiendo en ello mucho tiem-

po; que figura en la carátula de las tésis; que, si es muy amigo de algun profesor de materia clínica, puede llegar á ser jefe de clínica y ganar 100 pesos mensuales; que dará quizá un año el curso si el titular se enferma y él tiene más influencia que el otro sustituto; que, por fin, si la cátedra queda vacante, tiene *algunas probabilidades* de reemplazarlo.

Eso es todo. Los altos puestos técnicos de la Administracion son dados por favor, y es regla general que se llame á ellos á las personas menos idóneas para desempeñarlos. Si es higienista, puede estar seguro de que no ocupará ningun puesto que con la materia de sus estudios se relacione; si es médico legista, no redactará jamás un informe médico-legal, porque los jueces tienen muchos médicos amigos; si, por fin, se dedica á una materia clínica, no debe esperar encontrar un puesto de médico de sala que le permita estudiar y servir con competencia, porque las Damas de Beneficencia ó la Municipalidad ó el Gobierno, son malos jueces de los méritos científicos; y porque los concursos son demasiado incómodos y demasiado desagradables!

Ni siquiera está seguro de ser jefe de clínica de la Facultad. Porque para ocupar este puesto, se precisa únicamente ser propuesto por el profesor, y éste propone con frecuencia á un amigo íntimo suyo, sin preocuparse de si es competente ó de si hay sustitutos á concurso.

Todo esto debe y puede cambiarse. Las jefaturas de clínica, ó deben corresponder á los sustitutos, por turno, ó deben ser objeto de concursos especiales, como sucede en Francia, por ejemplo. El jefe de clínica no es íntimo del profesor: es su segundo que lo reemplaza con demasiada frecuencia en el tratamiento de los enfermos y en la educacion práctica de los alumnos. Lo que acabamos de decir se aplica enteramente á los jefes de laboratorio ó trabajos prácticos.

Hablamos en abstracto y no pretendemos referirnos á persona alguna. Cúmplenos, por el contrario, declarar que la mayor parte de los que actualmente desempeñan esos puestos, tienen la competencia requerida.

Falta estímulo, hemos dicho. Porque el sustituto no puede dictar, con ayuda de la Facultad, cursos libres del modo que les plazca. Se acaba de sancionar, es cierto, un premio para los sustitutos que den cursos libres, pero eso es si tienen más de 10 alumnos y si éstos pasan un 80 %. ¡Cómo si la

idoneidad del profesor pudiera medirse por el número de alumnos que ganan curso! Y más todavia: el sustituto tiene que dictar todo el programa; es decir, que la ventaja de los cursos libres, de estudiar prolijamente puntos determinados que se posee con profundidad y se enseña con preferencia, queda perdida.

El estudiante, para que progrese, debe tener ámplia libertad de estudios; debe concurrir á escuchar al profesor que le plazca, en las materias prácticas y á ninguno, si así lo desea en las teóricas. La supresion de faltas es, pues, una medida que tarda ya demasiado en llegar; pero es indispensable acompañarla de una reglamentacion más severa de los exámenes, muy defectuosos hoy en algunas materias, sobre todo por el corto tiempo de que dispone cada alumno.

Por otra parte, el plan de estudios actual, es enteramente defectuoso por lo que respecta á la distribucion de las materias y urge, por lo menos, poner en vigencia el nuevamente adoptado que, aunque tiene defectos, es muy superior al que rige.

Siento que me voy haciendo fatigoso; debo dejar de tratar muy á pesar mio, puntos bien interesantes.

Permítaseme una palabra antes de concluir, respecto del nombramiento de profesores titulares. La designacion de cada uno de ellos es, señores, precedida de largas semanas, meses y aun años de trabajos secretos en que se pone en juego generalmente cuanta influencia pueden usar los candidatos ante los Académicos de la Facultad ó ante el Ministro de Instruccion Pública. Porque los ministros no tienen una regla de conducta determinada, y si bien algunos aceptan el primero de la terna propuesta, otros juzgan ó creen juzgar y escogen. Hay candidatos que han sido puestos en las ternas á pedido del Ministro. Hay más todavia; si no se me engaña, hubo Ministro que declaró que nombraria á fulano de tal aunque no fuera en la terna. Y no solo fué en la terna, señores, sinó que fué en ella el primero, para agradar al único Ministro que se habia dado el lujo de hablar de autonomia universitaria.

Por otra parte, cuanta medida disciplinaria ó de órden general es preciso tomar, se resuelve por el Consejo Universitario. Y abogados é ingenieros en mayoria, legislan para los profesores y estudiantes de medicina, y las mismas dis-

posiciones rigen en los exámenes y en los cursos de todas las Facultades.

No es posible que continúe este estado de cosas. La Universidad puede tener superintendencia sobre todas las Facultades, pero cada una de éstas debe ser autónoma y regirse internamente por prácticas y reglamentos que han de ser, con frecuencia, diversos, que tendrán que ser diversos en la mayoria de los casos.

No basta la autonomia universitaria; necesitamos la autonomia de las Facultades, que podrán cometer errores, pero que, por regla casi constante, han de juzgar mejor sus propios asuntos que personas extrañas.

Cada uno de los puntos que ligeramente he tocado y otros que no pude mencionar, exigirian ámplios desarrollos. No puedo, sin embargo, abusar más de vuestra atencion.

Asimismo, desaliñado é incompleto como tiene que ser este cuadro de nuestro estado presente, he creido que convendria, en ocasion como ésta, trazarlo, para que quede constancia de nuestro estado actual.

¡Y ojalá dentro de algunos años, pueda alguien proclamar de nuevo los grandes progresos cumplidos y vanagloriarse de haber alcanzado mucho de lo que hoy nos falta!

Ojalá este recinto sencillo y severo pueda ser dentro de poco tiempo, templo augusto de la ciencia y contenga bibliotecas riquísimas, museos expléndidos y multitudes de trabajadores afanosos, apiñados para escuchar la palabra de maestros ilustres, de sabios venerados!

Entonces podrá significar algo esa palabra «ciencia nacional», vana hoy, señores, porque no representa nada, ningun esfuerzo nuestro; nada más que la apropiacion más ó menos incompleta y defectuosa del saber de los otros!

ACTA

DE LA INAUGURACION DEL EDIFICIO PROPIO DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

En Buenos Aires, á 1º de Abril de 1895, reunidos los abajo firmados, miembros del Círculo Médico Argentino y personas especialmente invitadas, y encontrándose presente el señor Ministro de Instruccion Pública, Dr. Antonio Bermejo, en el local de la Asociacion, Corrientes 2038, á objeto de dejar solemnemente inaugurado el edificio construido en dicha calle y número, de propiedad de la misma; siendo presidente de la Comision Directiva del Círculo Médico Argentino el Dr. Alejandro E. Amoretti, Vice-Presidente Dr. Gregorio Araoz Alfaro, Secretarios de actas Dr. Manuel A. Zavaleta y Sr. Aquiles Gareiso, Secretario de correspondencia Dr. José M. Cullen, Tesorero Dr. Zenón Aguilar, Pro-tesorero Sr. Francisco T. Llobet, Director del museo Sr. Ricardo Lynch, Director de la Biblioteca Dr. Samuel Gache, Vocales Dr. Alfonso Masi, Dr. Diógenes de Urquiza, Sr. Enrique Diana, Sr. Juan A. Farini, Dr. Julio S. Señorans, Dr. Enrique Tornú, Sr. Ildefonso Ballesteros, Sr. Antonio Ibarguren, Sr. Silvio Tatti, Sr. Alois Bachmann, y estando la Comision denominada de Edificacion que ha corrido con la recoleccion de los fondos y la preparacion de los proyectos y presupuestos del edificio, así constituida: Presidente, Dr. Samuel Gache; Secretario, Dr. Alejandro E. Amoretti; Tesorero, Dr. Marcial V. Quiroga; y Vocales, Sres.: Dr. Juan B. Señorans, Silvio Tatti y Enrique Diana, se abrió la sesion siendo las 8 1/2 de la noche.

En seguida el Dr. Amoretti, Presidente de la Asociacion, pronunció un discurso inaugurando el edificio y manifestando la importancia de este hecho para la marcha futura de la Sociedad; recordó los trabajos realizados por la Comision de Edificacion, que ha sido presidida por el Dr. Samuel Gache que dió la iniciativa de la construccion de este edificio y mencionó á los miembros de dicha comision Sr. Víctor M. Sanguinetti (sócio extinto) y á los Dres. Gregorio Hunt, Francisco Bernal y

Ramon N. Eizaga, colaboradores en los primeros y más difíciles trabajos de la Comision. El Sr. Ministro de Instruccion Pública, Dr. Bermejo, se asoció al regocijo del Círculo Médico, por lo que este nuevo adelanto suyo representa para la ciencia nacional; y la concurrencia escuchó luego la conferencia dada por los Dres. Roberto Wernicke y Gregorio Araoz Alfaro.

A. E. AMORETTI.
Manuel A. Zavaleta, Aquiles Gareiso.

En representacion del Señor Ministro de Instruccion Pública
OCTAVIO S. PICO.

Samuel Gache, Enrique Diana, Marcial V. Quiroga, Silvio Tatti, Gregorio Araoz Alfaro, Diógenes de Urquiza, Ildefonso Ballestero, Alois Bachmann, Enrique Tornú, Gregorio N. Chaves, Roberto Wernicke, Ramon Gimenez, G. Matti, J. B. Aguilar, Lucio Gordillo, Cárlos Ruiz Huidobro, Enrique Estaule, Carlos Niseggi, Pedro R. Tonesle, Marco Avila, Arturo R. Enriquez, Ramon Tirapegui, Cárlos Camicia, Joaqúin Cervera, Cornelio P. Anfosso, Sixto Terán, Juan A. Sanchez, Cárlos Madariaga, Ricardo Berdier, Lucio Funes, A. Magallanes, Alberto Chueco, Guillermo H. Andreu, E. Roffo, A. Vigliano, José Villa, P. Castro Escalada, Juan Capurro, José M. Ruiz, M. Fernandez Escudero, Miguel Lacroze, A. Staub, Justo Diaz de Vivar, Juan Escutary, J. Izquierdo Brown, Luis M. Povida, S. Alvarez, Pedro Tranza, J. V. Larrain, Antonio Chiocconi, Pedro J. Coronado, Pablo Morsaline, G. C. Smith, J. Reynal O'Connor, David J. Spinetto, Rodolfo Acuña, Fernando Dasso, M. S. Magalhaes, Juan Beltrain, Adolfo Mathis, José Cenoz, Juan Francisco Ibarra, Máximo Fernandez Blanco, A. B. Orfila, S. A. de Lamadrid, Joaquin Nin Posadas, A. Palma (de «La Prensa»), Juan B. Borzone, Diego Rapela, Marcelo Viñas, F. Boeri, P. L. Oliverio, R. A. Nolting, Jacinto Sicardi, Juan A. Gallina, Luis Del Grande, Francisco L. Nario, Honorio F. Gomez, Juan Recalde, T. Cerruti, Facundo T. Larguia, Rafael O. Rodriguez, Juan Angel Golfarini, Juan B. Señorans, Federico Texo, Jaime Salvador, H. Sosa Escalada, W. Alvarez, C. Sires, German Anschütz, Maguanini, Cárlos Poussens (de «La Nacion»), José A. Viale, Alberto Greslebin, Eduardo Burr, Isaac H. Arévalo, Antonio Villanueva, Cárlos Witcomb, Luis Alvarez, Alfredo E. Oliverio, Andrés Baires, Aurelio Gomez, Martin Gimenez, Sasso Domingo, E. Canton, M. Ferreyra,

A. L. Rouvier Garay, Ambrosio L. Cavo, Connall Tierney, Ernesto Nogués, Manuel Pignetto, Enrique Carrá (hijo), A. Zabala, Antonio J. Widal, Benjamin Martinez, Pedro Benedit, Nicanor Diaz de Vivar, Rómulo Basarte, A. Achagavia, P. Simeone, Manuel Beatti, J. Llames, Félix, Isleño, Arnoldo Molfina (de «L'Operaio Italiano»), Raul Lagos G. Solla, Martin Reibel Z., E. R. Lalanne, Félix Arauz, S. M. Puig, Alberto Gache, E. Tagle, Juan A. Oneto, M. Santos, A. B. Matienzo, B. Perez Avendaño, Luis Palma, Ernesto Lozano, Antonio Martinez Rufino, Manuel Civit, Exequiel Castilla, Avelino Gutierrez, A. L. Lucero, Manuel R. Soler, Cecilia Grierson, M. A. Erausquin, A. E. Gioccone, Emilio R. Fernandez, Tiburcio Padilla (hijo), R. Villala, Antonio Gandolfo, Emilio Bessio y Almeira, Luis A. Erausquin, Cárlos E. Palacio, Jesús M. Bazo, Jaime R. Costa, T. Piccardo, D. Echaniz, J. Traversaro, Saturnino Salcedo, H. Jara, Domingo Pujato, Rafael R. de la Plaza, A. Pico, Rebuffo (hijo), Ricardo Roccatagliata, Adolfo A. Negrotto.

ACTINOMICOSIS

Conferencia del doctor Roberto Wernicke
Profesor de Patologia General

Señores:

Motivos ajenos á mi voluntad me impidieron honrarme tomando la palabra en la gran fiesta que hace pocos dias aquí celebramos. Digo intencionalmente celebramos, porque aun me considero perteneciente al Círculo Médico Argentino, - cierto es que solo como sócio protector figuro, porque así lo requirieron las circunstancias,—entre las filas de cuyos sócios he militado y luchado en la medida de mis escasas fuerzas.

Muchas veces en conversacion familiar entre amigos, emitimos el deseo de ver á esta Sociedad en su casa propia, y todos creíamos que sólo así se garantia su existencia.

No fué por el grupo de amigos al que me habia yo adherido que se realizó el deseo de ver cumplido nuestro propósito: cúpole el honor de llevar á cabo las primeras diligencias sérias en el sentido de adquirir mansion propia para el Círculo Médico Argentino, á mi afortunado rival en la mas reñida de las elecciones que tuvo este Círculo Médico: me refiero á mi amigo y colega el doctor Samuel Gache.

He aducido estos recuerdos para hacer comprender cuánto me debia halagar el recibir una invitacion para tomar parte como orador en la primera asamblea que en esta casa se celebró.

Agradecí á la comision directiva la distincion que se me hizo, y vuelvo á agradeceros á vosotros los sócios, la oportunidad que me brindais de hablaros desde este estrado.

Entre los temas de que disponia para ahora, elegí uno que tuviera interés nacional, siendo además un tema que me ha preocupado hace años, tema sobre el cual he recogido datos y hecho trabajos, solo y acompañado por amigos y discípulos que me honran.

Los señores doctor Rodolfo de Gainza, Mariano Gonzalez Herrera y Félix Recalde, han sido ó siguen siendo mis colabo-

radores en la tarea de adelantar algo nuestros conocimientos sobre la actinomicosis; enfermedad importada á estas playas como todas las otras epizootias que conozco y que se nos enviaron junto con los reproductores que para el mejoramiento de nuestras razas pedimos al viejo mundo.

De las enfermedades comunes á la vez á la especie humana y á algun animal doméstico, la actinomicosis fué para mí la que mas me llamara la atención, quizá por haber sido quien primero la reconociera entre nosotros como enfermedad muy esparcida y que causa muchos estragos en nuestros rodeos.

Es la actinomicosis una de las enfermedades mal llamadas *nuevas*, debiendo decirse que es una de las poco ha reconocidas y estudiadas; bastante despues de haberme recibido como médico, fué que por primera vez leí algo sobre ella.

Fué en 1877 que Bollinger estableció claramente los caracteres de esta enfermedad en los animales vacunos, observada muchas veces anteriormente sin que las observaciones que se hicieran fueran debidamente interpretadas.

Se creyó al principio que la actinomicosis era una enfermedad propia del ganado bovino, y pronto pudo probarse que el hombre era tambien víctima de ella.

La actinomicosis es una enfermedad producida por un parásito vegetal que se desarrolla en los organismos infectados, provocando alrededor de sus vegetaciones, inflamaciones mas ó menos intensas, que se suelen acompañar de neoformacion de tejidos del grupo del conjuntivo, simulando verdaderos tumores; inflamaciones que frecuentísimamente (parece que en el hombre siempre) se complican ó terminan por la destruccion supurativa.

El vegetal productor de la enfermedad que nos ocupa, se halla en el tejido ó pus, en forma de pequeños grumos del tamaño de un grano de arena al de una cabeza de alfiler y de un color gris, amarillo ó parduzco.

Examinados esos grumos microscópicamente, presentan una superficie granulada como una *mora* de las de cerco; vénse en ella sinnúmero de segmentos de esfera; comprimiendo un grumo ó seccionándole, se vé que esos segmentos de esfera son la terminacion de otros tantos cuerpos en forma

de maza ó macana: clavas se les ha llamado á estos cuerpos, pero serian clavas sin puntas ó púas.

Las mazas colocadas con su extremidad gruesa hácia la periferia del grumo terminan hácia el centro del grumo en un filamento; los filamentos que de todas las mazas provienen se entretejen formando una red tupida, masa análoga á fieltro ó esponja; se ven en las mallas de esta trama de filamentos, granulaciones fuertemente refringentes, de forma esférica y muy resistentes á la accion de los agentes químicos que se han calificado de esporas.

Los cuerpos en forma de maza no siempre son sencillos como los hemos descrito; frecuente es observar fusiones de dos y mas mazas: prodúcense entonces figuras que pueden hasta llegar á parecerse á una mano ó un pié.

Sobre la extremidad redondeada de las mazas suelen destacarse y aun separarse de ellas por segmentacion anular, cuerpos esféricos en número variable, que igualmente se han descrito como esporas; mas precisamente dicho, han sido consideradas por algunos como *artrosporas*.

Un grumo de *actinomyces*, así se llama el vegetal productor de la enfermedad, comprimido presenta en el exámen microscópico la figura de una estrella ó de un asterisco: de ahí le vino el nombre de hongo radiado.

Mucho se ha escrito y hablado sobre la colocacion que en la sistemática debia asignarse al hongo que nos ocupa — bacterios — algas — mohos; entre los tres grupos ha sido colocado, quedando hoy por hoy aun á resolverse, si se trata de un esquizomiceta ó de un moho.

Nuestras observaciones nos inducen á sospechar que á esta última familia pertenezca el parásito. Nos fundamos para sostener esta idea en la analogia que presenta una vegetacion de moho verdadero — el aspergillus fumigatus, por ejemplo, establecido en el cuerpo de algun animal de experiencias con un grumo del actinomyces — y en los caracteres que presentan los cultivos, que forman mas bien enredos parecidos á los de un micelio muy tupido, que aglomeraciones de bastoncillos ó de filamentos de leptotrix.

Reconocer un pus de origen actinomicótico, es muchas veces tarea sumamente fácil; sin dificultad pueden verse en el mismo los pequeños granitos ó grumos; el exámen microscópico elimina toda duda que pueda presentarse.

Menos fácil es reconocer en un tejido ú órgano, al mismo hongo.

Raspando sobre una superficie de corte recientemente hecho con el filo del escalpelo ó cuchillo, se puede recoger cierta cantidad del jugo (ó suero) del tejido, en el cual se verán las pequeñas granulaciones, que son grumos de atinomyces arrancados por el filo del cuchillo del tejido en el cual se hallan apenas sujetados por acumulaciones de leucocitos y una que otra célula gigante.

Ochenta á cien diámetros bastan y sobran al perito para reconocer los grumos sin preparacion especial; se ven las pequeñas esferas con superficie granulada, ó las rosetas que son grumos aplastados.

Organos ó pus en los que se desea buscar con mayor comodidad los grumos, pueden conservarse en alcohol los primeros ó mezclar con glicerina al segundo.

La glicerina impide la putrefaccion del pus y conserva admirablemente y por muchos meses, intactos los grumos en su forma y aspecto.

Los procedimientos aconsejados y ensayados para colocar de manera que en un corte de tejido ó en el pus, sean mas fácil de reconocer los grumos del hongo son muchos, tantos que ya es necesario poner en duda su bondad; efectivamente, segun nuestra observacion personal, todos los procedimientos que en los autores hemos hallado nos han fallado — no podemos considerarlos buenos, aunque una que otra vez den resultados muy buenos — son resultados demasiado inconstantes para poder permitir declarar bueno el método ó los métodos y procederes empleados.

Deseábamos obtener una coloracion de los grumos de actinomyces que nos facilitara la reproduccion fotográfica de las preparaciones — el colorante que mas nos convenia era la vesuvina con paciencia y suerte conseguimos fijarla en los grumos contenidos en el pus—nos bastó para esto colocar una cantidad de pus en un tubo, agregándole un volúmen igual de un líquido colorante compuesto de partes iguales de glicerina y solucion acuosa saturada de vesuvina — una semana despues de hecha la mezcla hallamos á los grumos con sus mazas perfectamente teñidas, conservándose esta coloracion aun al año —para hacer resaltar mas los grumos y su composicion ó estructura nos convenia decolorar los corpúsculos de

pus que al lado del hongo se hallaban—decoloracion que conseguimos haciendo actuar sobre el pus una solucion acuosa saturada de ácido pícrico á la que añadimos amoníaco (solucion oficinal) gota á gota hasta obtener un líquido con olor marcado de ese álcali. La decoloracion se hace muy pronto.

Hemos conservado grumos tratados de esta manera en gelatina glicerinada y en glicerina por bastante tiempo, en condiciones de poder ser demostrables; á la larga se produce la decoloracion completa.

El tinte amarillo pardo no es el mas agradable para el exámen de muchas preparaciones—nos convienen para estos casos tintes mas vivos—ítem mas: no daba resultado el procedimiento indicado al aplicarlo al estudio de tejidos: buscamos y hallamos otro método de coloracion.

Al estudiar tejidos actinomicóticos conviene trabajar incluyendo en celoidina, y solo así se evita que los grumos rodeados solo por un tejido formado por acumulacion de células inflamatorias, se desprendan de los cortes saliendo de los parajes en que tan mal se hallan asegurados.

Los cortes se colocan en una solucion alcohólica concentrada de eosina amarillenta en la que deben permanecer varios dias—enjuagados luego en agua destilada, se les trata por la mezcla ya mencionada de ácido pícrico y amoníaco disueltos en agua—pudiéndose montar los cortes l. a. en bálsamo del Canadá.

Este procedimiento de tincion lo hemos ensayado con mi discípulo Recalde, habiendo obtenido buenos resultados—aparecen las mazas del actinomyces de un rojo brillante sobre fondo no coloreado ó de un tinte amarillento.

Hasta la fecha, entre nosotros debemos considerar al actinomyces como un parásito del ganado vacuno; aun no se ha observado caso alguno de esta enfermedad en el hombre; es casi seguro que aquí exista en nuestra especie, pero no se le ha reconocido aún como tal: buscándole se le hallará.

El modo de manifestarse la actinomicosis en el hombre y los animales es bastante distinto. En el ganado vacuno se presentan los animales enfermos con tumores de tamaño variable, que ocupan en la mayoria de los casos uno de los maxilares; estos tumores descriptos antes como osteosarcomas epizoóticos pueden llegar á adquirir dimensiones colosales, que impiden al animal enfermo alimentarse y hasta moverse. Hay en estos casos neoformacion de hueso en forma de una trama

de trabéculas óseas cuyas mallas ocupan masas de células de tipo conjuntivo ó leucocitos con núcleos simples ó múltiples y en las proporciones mas variables de elementos; al lado de estas células se observan manojos de fibras de tejido conjuntiva, y los grumos esféricos del hongo.

Los casos en los cuales el hongo se asila primitivamente en un tejido blando, son menos frecuentes; en esos tejidos se desarrolla una inflamacion extendida con un exsudado frecuentemente de aspecto coloideo.

Mas tarde este exsudado pasa á organizarse transformándose en un tejido fibroso que cruje como suela al ser penetrado por el bisturí, escalpelo ó navaja.

Los órganos blandos que en los animales vacunos son los mas frecuente primitivamente invadidos son la lengua, el farinx el tejido subcutaneo vecino el suelo de la boca y los ganglios linfáticos del cuello.

Los órganos blandos atacados por el actinomyces deben presentar un terreno favorable al desarrollo de los cocos piogénicos; es casi regla que los tejidos blandos atacados son invadidos por una supuracion que suele hacer que sanen los enfermos destruyéndose todo el tejido invadido.

Existiendo un foco primitivo de él, se extiende la enfermedad por continuidad y por contigüidad, y lo que es mas frecuente aún, por el torrente circulatorio, pudiendo aparecer focos que llamaremos metastásicos en todas las vísceras y órganos de la economia.

Los animales vacunos atacados de actinomicosis mueren de inanicion por no permitirles alimentarse un tumor maxilar; pueden morir asfixiados por los ganglios infestados que obstruyen las cavidades que deben conducir el aire á los pulmones; los hemos visto morir de inanicion consumidos por la supuracion, y mueren finalmente por las inflamaciones que los focos metastásicos provocan en las vísceras.

En vano se buscará en el hombre el actinomyces en enfermos que se asemejan á lo descripto como ocurriendo en los bovinos.

La gran mayoria (casi todos los casos descriptos que conozco) de los enfermos de actinomicosis en nuestra especie, son individuos que presentaron supuraciones externas y duraderas; en ese pus se observan los grumitos blancos, amarillos ó parduzcos de que hemos hablado anteriormente.

Supuraciones de orígen costal y vertebral se reconocen como actinomicóticas — inflamaciones de las amígdalas y de la piel del cuello con terminacion por supuracion, son otros casos de la misma enfermedad, como tambien se han visto supuraciones alrededor del ciego (apendicitis se dice hoy dia) y de las maxilares de idéntica naturaleza.

La inflamacion ó supuracion actinomicótica nada tiene de especifico que la haga reconocible, puede pensarse en la posibilidad de que ese elemento (el actinomyces) interviene cuando se tenga que tratar á supuraciones existentes desde tiempo atrás — en la mayoria de los casos habrá que ocuparse de hacer el diagnóstico diferencial entre actinomicosis, tuberculosis y sifilis — ¿Una parte de lo llamado antes escrofulosis seria de este origen?

El único elemento seguro de diagnóstico nos lo dá el microscopio - solo usándolo nos evitaremos incurrir en error.

Para impedir que se nos escape alguna observacion de actinomicosis, es necesario que se examine microscópicamente todo pus que llegue á obtenerse; el exámen macroscópico permitirá muchas veces al esperto reconocer el pus actinomicótico, pero en muchos casos solo el microscopio puede ser juez.

La primera lámina que de grumos de actinomyces poseemos se la debemos á Lebert, quien en su atlas de anatomia patológica en la 2ª á 3ª página trae una figura de cuerpos que le parecieron cristales y que halló en el pus — son una roseta y mazas del actinomyces. Lebert hace constar su observacion y nada deduce de ella. Interesante es recordar que Lebent trabajaba en Paris y que en Francia la actinomicosis es una enfermedad rara en los hombres y aun en los animales.

Entre nosotros, la actinomicosis es de las epizootias mas esparcidas.— tengo noticias de su existencia en los rodeos de todos los partidos de la provincia de Buenos Aires, en la pampa, en Córdoba en San Luis, en Santa Fé y quizá tambien Entre Rios y Corrientes.

Nuestros paisanos con y sin levita pretenden en muchas partes que la actinomicosis es la consecuencia de picaduras de *víboras* — antes solia perder mi tiempo tratando de convencerlos de su error.

Llama justamente la atencion el hecho de no haberse aun observado la actinomicosis humana, dada la gran frecuencia

de la vacuna — la trasmision de la enfermedad no debe ser muy fácil — si no se opera con mucha frecuencia en los que sin cuidado, atencion, prolijidad ó prudencia alguna manejan á los cadáveres de los animales fallecidos por esta y muchas otras enfermedades.

La trasmision directa por inoculacion parece haber sido observada por algunos autores: la mayoria de los observavadores y entre ellos nosotros, no hemos tenido tanta suerte. Ensayos de inoculacion que con el Dr. Gainza practicamos no dieron resultado alguno.

Que la enfermedad es de las trasmisibles, eso parece estar fuera de duda — se sabe que á tal ó cual establecimiento llegó con tal ó cual animal ó tropa en tal ó cual fecha y que desde entonces se empezaron á ver enfermos de paperas ó hinchazón. Si no se consigue trasmitir la enfermedad con regularidad en los laboratorios, es solo porque aun no sabemos bajo qué forma es trasmisible el hongo, y cuáles son las condiciones que facilitan la infeccion.

Mucho se ha buscado la forma libre del actinomyces — no se ha dado aún con ella, y eso que está en la conviccion de todos nosotros que debe existir con frecuencia y reproducirse con facilidad fuera del cuerpo humano ó vacuno.

El mas probable de los vehículos para el hongo lo constituyen vegetales, quizá gramíneas, siendo las cerdas de las espigas de éstas los órganos de plantas que mas veces han sido acusados por haberlos hallado repetidas veces en el centro de focos actinomicóticos.

Los ensayos publicados sobre la implantacion del actinomycos sobre hojas de plantas — habiendo, segun algunos, sido de éxito, son observaciones que no sabemos si deben clasificarse de fantasias ó de...errores.

En resúmen: no sabemos cómo se propaga la actinomicosis — siendo más que posible, probable que con fragmentos de vegetales entre el gérmen morbígeno á la economia — animal ó humana.

Ya hace años que se trató de cultivar al actinomyces: muchos de los que ensayaron estos cultivos fracasaron. Siguiendo el procedimiento de Bostróm, obtuvo el doctor Gainza en mi laboratorio cultivos que creímos deber aceptar como buenos y puros, á pesar de no haber podido comprobar su virulencia para el conejo.

El procedimiento de Bostróm que Gainza siguió es sencillo, pero largo — empiézase por extraer del pus ó tejido que se examina con aguja esterilizada el mayor número posible de grumos actinomicóticos — éstos se aplastan ó disgregan entre dos vidrios porta-objetos transportándose luego de los fragmentos que se obtienen un gran número á una placa de agar-agar ó gelatina; alrededor de los fragmentos de grumo que además del actinomycos contienen otros microorganismos en pocos dias se produce una areola de microbio — esos fragmentos se dejan á un lado transportándose de los otros que se hallan despues de tres ó cuatro dias sobre gelatina ó agar agar limpio y transparente á tubos de agar-agar glicerinada que se colocan en la estufa á 37º y en un envase libre de oxígeno — pocos dias de espera permiten observar el desarrollo de colonias blancas secas que penetrando con raicecillas al agar, hacen tambien proeminencia en forma de un césped blanco sobre el medio de cultivo.

Una vez obtenida la primera generacion del hongo, puede seguírsele cultivando en contacto con el aire atmosférico, pues se trata de un anaerobio facultativo — crece este hongo tambien en el caldo peptonizado. Vímosle con Gainza formando copos de aspecto radiado, parecidos á una minúscula alcachofa de cardo, pero con mucho mayor número de rayas.

Nunca observamos en nuestros cultivos la formacion de mazas de una manera indiscutible, bien que alguna vez nos pareciera ver filamentos con una extremidad engrosada.

Repito que ninguna vez fueron seguidas de infeccion las inoculaciones que con Gainza practicamos.

Cuando recien se empezaba á estudiar la actinomicosis se la consideró una enfermedad de la cual no sanaba ni animal ni hombre: empezaron á aparecer mas adelante las excepciones y empezó á verse que en el hombre el tratamiento quirúrgico daba resultados.

Entre nosotros, creemos poder establecer dos formas de actinomicosis en los animales: una benigna ó de larguísima duracion; la otra grave, siempre mortal y de uno á dos años de sufrimiento.

En la primera forma, forma benigna, casi siempre localizada primitivamente en los ganglios linfáticos, hallamos frecuentemente grumos formados por mazas pequeñas muy regu-

lares y menos granuladas que los que se observan en la actinomicosis de los maxilares y lengua, por ejemplo.

En terapéutica veterinaria se han obtenido y siguen obteniendo por los veterinarios belgas principalmente, resultados casi maravillosos, curaciones en casos que parecian desesperados, por el uso interno del yoduro de potasio; estos resultados deben inducirnos á implantar igual tratamiento en el hombre afectado de actinomicosis — puede ser que el yoduro sea en estos casos un verdadero especifico.

Laboratorio bacteriológico de la Asistencia Pública

EQUIMOSIS SUBSEROSAS

Hace tiempo que venimos observando en el servicio de necropsias de la Asistencia Pública, la frecuencia relativa con que se encuentra las equimosis subserosas, reuniendo un total de 55 observaciones en 175 autopsias, ó sea un 31.40 %.

De estas autopsias 56 corresponden á cólera morbus, entre las cuales encontramos 40 veces las equimosis en cuestion. (un 71.40 %).

El primero que trató de dar importancia en medicina legal á las equimosis subserosas fué Tardieu (*An. de Hig. y Med. legal*, 2ª série, t. XXIX. p. 104) y *Estudio médico legal de la suspension*). Para él las equimosis subserosas eran una prueba cierta de la sofocacion y permitian distinguir este género de asfixia de la sumersion y de la suspension.

Las opiniones de Tardieu tuvieron pronto sus impugnadores. Faure primeramente, Liman despues (*Ann. d'Hygiène et M. Légal*, 2ª série, tomo XXVIII, pág. 388). Luego Lacasagne y Hoffman (*Asfixias*, tomo I, pág. 560).

Legroux hizo una historia completa de esta cuestion en 1878 (*An. H. P.*, tomo I), instituyendo algunas experiencias en animales para explicar la produccion de las equimosis en las asfixias.

Las opiniones de Lucian resultaron confirmadas por las observaciones de muchos, que encontraron las equimosis no

solo de los casos de asfixias sino en muy variadas afecciones. Las experiencias verificadas por el Dr. Señorans, han demostrado que se producen en todos los géneros de asfixias. Nuestras observaciones corresponden á muy variadas circunstancias.

En los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO, tomo XVII, núm. 11, consigno tres observaciones, á las que debo agregar cuatro casos de congestion pulmonar, uno de peritonitis supurada, cuarenta casos de cólera, dos de atelectasia fetal, uno de nefritis parenquimatosa, dos de hipertrofia del tubo, uno de aneurisma abierto en el pericardio, uno de ruptura del ventrículo izquierdo. En la inmensa mayoria de estos casos se ha tratado de muertes violentas, confirmando el aserto de Legroux (loco citado).

Las equimosis subserosas varían muchísimo de tamaño y colocacion. Sus diámetros son de medio milímetro hasta 1 cm.; su color es rojo vivo; sus bordes de ordinario perfectamente circulares, ovalados en algunas ocasiones, anfractuosas rara vez. Se encuentran debajo de las diversas serosas esplánicas, aracnoides, pleuras, pericardio, peritoneo. En muchos casos se sitúan en estas serosas en regiones especiales, borde posterior de los pulmones y surcos interlobaires en la pleura, en el pericardio, alrededor de la punta del corazon, en el borde del ventrículo derecho, en el surco aurículo ventricular y en el surco medio anterior del corazon; y en muchas ocasiones en que toda esta serosa está cubierta por las equimosis, es fácil distinguir en estos sitios las equimosis mayores, desprendiéndose de allí las otras menores. Hay que observar que no siempre ocupan estas regiones. En el peritoneo las hemos observado en la cara superior del hígado, en la cara externa del bazo, en toda la extension del páncreas, y una sola vez en el mesenterio. Hay algo de caprichoso en estas situaciones, sin que nos atrevamos á explicarlas.

Unas veces son raras, dos, tres ó cinco; pero las mas son múltiples, prefiriendo en estos casos el pericardio y despues las pleuras, en las cuales llegan á hacerse confluentes.

Consideremos un momento los fenómenos concomitantes de estas equimosis. Casi siempre hemos encontrado grandes congestiones pulmonares, siendo en estas ocasiones mucho mayor el número de ellas. Las cavidades derechas del corazon

repletas de coágulos las mas de las veces emóricos. En ocasiones, á falta de equimosis en el pericardio hemos encontrado las venas superficiales del corazon enormemente dilatadas, observándose hasta muy finas ramitas.

Podríamos agrupar en cuatro llaves las observaciones consignadas por los autores: 1º, diversos géneros de asfixias; 2º, alteraciones de los vasos ó de la sangre, escorbuto, púrpura; 3º, intoxicaciones, fósforo, etc; 4º, casos que no pueden ser colocados en los anteriores grupos.

La congestion pulmonar, si bien se ha presentado con mucha frecuencia en nuestras observaciones, no podria darnos por sí sola la explicacion; pues Patenko en sus experiencias instituidas para controlar la opinion de Donders sobre la congestion pulmonar (*An. de Hig. y Méd. Legal* 3ª série, tomo XIII) ha demostrado que se pueden producir en casos de pulmones normales, segun en qué momento de la respiracion se impida la entrada del aire al pulmon. Si tratásemos de pensar que fueran producidas por los esfuerzos estériles de ampliaciones del tórax, que en vez de atraer aire á los pulmones, « hace un poderoso llamado á la sangre venosa, y determina una ruptura de los capilares por exceso de presion en los vasos pulmonares », tendríamos que tener en poca cuenta las experiencias de Legroux, ya citado, quien paralizando los movimientos respiratorios por una picadura del cuarto ventrículo produce las equimosis. Pero ¿cómo explicar las equimosis de casos en que no ha habido asfixia?

En uno de nuestros dos casos de atelectasia fetal, las equimosis se hubieran explicado antes por la doctrina de los esfuerzos respiratorios, por cuanto estaban los bronquios llenos hasta las mas finas ramificaciones de meconium, lo cual no se concebiria sin tales esfuerzos.

Piensa Legroux, que además de la alteracion nerviosa, el exceso de presion en los capilares, y la sobrecarga creciente de ácido carbónico, son los factores de las equimosis subpleurales, sintetizando sus condiciones patogénicas del modo siguiente: alteracion del sistema nervioso, exceso de presion en los capilares, estado normal de la sangre.

Casos hay en que pudiéramos eliminar el primero de estos tres factores, y nosotros recordaremos, entre otros, dos casos de niños nacidos muertos, en que no es admisible una alteracion del sistema nervioso; y casos hay en que el estado anó-

malo de la sangre no existe. Debo recordar que la memoria de Legroux se refiere tan solo á las equimosis subpleurales, y sus experiencias se refieren á asfixias. Queda pues en pié un factor, la mayor presion de los capilares. Esta mayor presion en la mayoria de nuestras observaciones tenia por signo anatómico la congestion pulmonar (producida de una manera brusca, indudablemente), la cual produciria á su vez un éxtasis en la circulacion venosa general, y de ahí las rupturas de capilares. Y en los casos de Patenko en que la asfixia se produjo sin congestion pulmonar, es tambien la mayor presion de los capilares la que dá lugar á las equimosis, pues obstaculizada la respiracion, se produce forzosamente una mayor presion en el dominio de la arteria pulmonar y de ahí al sistema venoso general.

Las causas que obran produciendo una mayor presion de una manera lenta, las afecciones cardíacas, no producen equimosis en razon de la lentitud de los fenómenos. No sé que se hayan consignado observaciones de tal naturaleza.

El que se produzcan las equimosis debajo de las serosas se explica tal vez porque las capilares que corren por la superficie de los órganos revestidos por ellas, no tienen refuerzo alguno. Y en apoyo de esta opinion hemos observado que cuando las serosas están espesadas por un proceso patológico, no se encuentran las equimosis. Vibert cree que es inútil buscar las equimosis cuando hay grandes adherencias pleuropulmonares, porque se desgarran cuando existen..

Hemos visto equimosis que por sus caracteres, indicaban que se habian producido algunos dias antes del accidente fatal. En tal caso habian perdido su forma circular, tenian un color negruzco con brillo metálico, eran duras y al corte presentaban en su espesor un color rojo pardo mas claro que la superficie.

En el caso de ruptura del ventrículo izquierdo, que antes mencionamos, existian estas equimosis algo viejas al lado de otras recientes; aquí se confirma la opinion de Legroux que habla de equimosis producidas durante grandes hemorragias, como en la experiencia que cita de Gros Claude, en que seccionóse la tráquea y las dos carótidas de un solo golpe.

Para concluir, recordaré las palabras de Legroux: « se podria establecer como principio que las equimosis subpleurales, son los indicios reveladores de una muerte rápida, sorpren-

diendo al organismo en un estado de salud normal ó en apariencia normal.» Es, segun nuestras observaciones, la única deduccion científica que podemos sacar de las equimosis que estudiamos.

BIBLIOGRAFIA

Climatologie médicale de la Republique Argentine et des principales villes d'Amérique par le *Docteur Samuel Gache.*—Obra premiada en el Concurso Sud Americano de Medicina—1895..

No podríamos decir con propiedad que el título de la obra del Dr. Gache le corresponde exactamente; hay en efecto allí mucho que no es climatologia americana y falta tambien mucho de ésta. A nuestro juicio, el Dr. Gache debió limitarse á la climatologia de la República; no estaba en medida de hacer completamente ni mucho menos, la del resto de América y habria podido ser mas prolijo y mas útil, no distrayendo su tiempo en esos capítulos que nadie considerará como fuente importante de datos.

Contrayéndonos, pues, á la parte que concierne á nuestro país, debemos declarar ante todo, que el Dr. Gache ha hecho obra muy útil coleccionando y agrupando datos que estaban esparcidos y agregando apreciaciones de algunos médicos de las localidades. Pero sin desconocer la labor considerable que esto habrá costado al Dr. Gache, y por el contrario elogiándola grandemente, puesto que sabemos por propia experiencia cuántos esfuerzos requiere el conocimiento de esos datos por incompletos que sean, ha de sernos permitido estudiar, con la sinceridad que creemos indispensable en la crítica, hasta qué punto ha llegado el autor á realizar lo que se propuso.

Dejando de lado los cuatro primeros capítulos en los cuales el Dr. Gache no ha hecho, ni podria exigírsele otra cosa, que ordenar datos de hombres de ciencia y escritores sobre el aspecto geográfico, las razas y el clima de la República, llegamos al que trata de la alimentacion en nuestro país. Acá era ya posible exigir al médico una apreciacion sobre el régimen usado en los diversos territorios ó provincias; nada de

eso encontramos y sí solamente la enumeracion de los distintos alimentos empleados y las opiniones de Araoz, Espeche, Carrillo, etc. En cambio, consideramos perfectamente de sobra una larga disertacion en que el autor cita, sin discutirlas, las teorias generales sobre la nutricion y las opiniones de Bouchard, G. Sée, Dujardin-Beaumetz, Gauthier, Beneke, etc.

En el capitulo referente á la longevidad y muertes súbitas, se nota ya el defecto capital que domina en toda la obra: la facilidad con que el Dr. Gache acepta las apreciaciones de sus corresponsales ó de los que han publicado algunos datos, sin discutirlos ni examinarlos detenidamente.

Algunas citas, al pasar. En Córdoba «.... los vientos del Norte en los meses de Agosto, Setiembre y Octubre, se hacen sentir con violencia y cambios bruscos de temperatura, especialmente del calor al frio, ocasionan congestiones rápidas. La alimentacion, de mala calidad é insuficiente en la clase pobre, es otra causa importante de la repeticion de estos accidentes. Se ve gentes que trabajan diez horas consecutivas sin tomar otra cosa que *mate* » (pág. 128). Lo que no impide que acepte más adelante (pág. 133) que los jujeños de los departamentos del Norte, « absorbiendo *mate* y mascando coca tienen una vida mucho mas larga que en el resto de la provincia ».

Principiando luego el estudio de las diversas enfermedades, se detiene en casi todas las villas ó pueblos de la provincia de Buenos Aires, especialmente. ¿Con qué objeto? ¿Qué de particular va á presentar la fiebre tifoidea en Zárate, en San Nibolás ó en el Tandil? No hay acá nada de interés, á no ser lo curioso de las diversas opiniones de muchos médicos, que el Dr. Gache ha consultado.

Ya uno le hace notar la importancia que debe concederse á « la influencia que los vientos del Norte arrastrando los *miasmas* del Cementerio de la Chacarita, pueden tener sobre la aparicion periódica de la fiebre tifoidea en esta localidad » (Flores); ya le asegura otro que « la caries dentaria es general en las provincias de Tucuman y de Corrientes á *consecuencia de la caña de azúcar de que tanto se abusa en esas comarcas*»; ya le cuenta un tercero que hay en Mar del Plata una « *forma especial de la fiebre tifoidea*, caracterizada por la persistencia de una fuerte fiebre, la tumefaccion del bazo y algunas epístasis sin que se señale la presencia de otros síntomas. »

Todo lo que se refiere á la provincia de Buenos Aires, es así una repeticion constante y fatigosa, sobre todo por lo que toca á la fiebre tifoidea, que el autor parece haber tenido en vista principalmente. De vez en cuando, algun médico declara que ha usado como tratamiento « *el licor de Van Swieten asociado al percloruro de hierro y al clorato de potasa* » ó que en Chivilcoy « el tifus abdominal es mas frecuente y mas grave alrededor de la plaza Echeverria en que los habitantes respiran miasmas palúdicos ». Este último médico hace un cuadro espantoso de los desastres ocasionados por el paludismo y por las otras enfermedades determinadas por los miasmas consabidos y *por la alteracion de la leche, del vino, del aceite, etc.*; lo que no impide, dice el Dr. Gache, que la mortalidad haya disminuido y que la poblacion aumente rápidamente (!).

De datos como esos estan llenos los capítulos que se refieren á la provincia de Buenos Aires; todos los médicos establecen á su antojo (y digo así, puesto que no hay ninguna estadística precisa) las cifras de mortalidad y morbilidad, y hacen apreciaciones clínicas é higiénicas por el estilo de las indicadas. El autor no añade nada por su parte.

Pasando despues á las provincias, igual cosa se observa. El Dr. Gache, que no conoce bien el interior, ignora qué falta absoluta de datos hay allí; por eso acepta lo que le trasmiten uno ó dos médicos de cada provincia, que son con frecuencia antojadizos. En Tucumán, por ejemplo, que conocemos demasiado bien, el autor acepta las exageraciones mas de una vez muy perjudiciales, en que algunos médicos de allí incurren respecto del paludismo; todo para ellos es *chucho* y por lo general, persuadidos de antemano, creen innecesario examinar al enfermo. De ahí que le hacen decir al Dr. Gache, que la fiebre tifoidea es allí una rareza realmente sorprendente y que la caquexia palustre mata una cantidad de adultos y niños. ¡Si el Dr. Gache hubiera visto unas cuantas de esas caquexias! Por lo que á los niños respecta, son casi siempre atrepsias, ocasionada por la pésima alimentacion que se les dá y en que algunos médicos no reparan, porque les es mas cómodo diagnosticar paludismo, sin examinar siquiera al enfermo y hacerle absorber, sin ton ni son, grandes dósis de quinina.

Yo sé bien cuán difícil es obtener datos aproximados si-

quiera de las provincias; pero eso no autoriza á dar entero crédito á afirmacion estan antojadizas como esta: «en la morbilidad de Tucuman, las afecciones del aparato digestivo ocupan el primer rango despues de la malaria, y á este respecto, es preciso hacer observar *la influencia de la alimentacion insuficiente y del mate.*»

No quiero proseguir porque se podia pensar que me complazco en buscar errores. Me basta con lo dicho para demostrar que, salvo ideas generales, los únicos datos realmente útiles son los referentes á la capital de la República, que el autor ha reunido de diversas fuentes.

Dije que el libro no era sólo de climatologia. En efecto, á propósito de la fiebre tifoidea, del paludismo, etc., el autor entra en larguísimos desarrollos teóricos sobre estas enfermedades, que nos parecen en desacuerdo con la índole que pretende dar á su obra. Aquí mismo, sin embargo, á pesar de citar las opiniones mas opuestas, nos hemos quedado siempre con el deseo de conocer la del autor. Cuando la dá, no puede llamarse tal. Ejemplo: «Estos hechos (europeos y no argentinos) son para nosotros la innegable demostracion de la importancia que, *en ciertos casos*, hay que atribuir á las materias fecales en el orígen de la dotienenteria.» Como si el autor temiera todavia arriesgarse mucho, ha atemperado su afirmacion con la salvedad «*en ciertos casos.*»

Aun en la etiologia y patogenia de la fiebre tifoidea que el autor trata con predileccion, casi no estudia los hechos y condiciones locales, mientras que se extiende fatigosamente sobre observaciones europeas demasiado conocidas.

En resúmen, pues, el trabajo del Dr. Gache, que dá pruebas de gran labor y es por ello digno de elogio, está lejos de haber llenado los propósitos que seguramente tuvo en vista y que todos deseábamos ver realizados, en la medida de lo que es posible hacer en el país.

Sabemos bien que es mucho mas fácil criticar lo ajeno que producir uno mismo. Pero aborrecemos la pretendida crítica que no es otra cosa que alabanza al amigo, y amigos como somos del Dr. Gache, le hemos dicho la verdad como desearíamos que nos la dijeran, si llegara el caso.

El Dr. Gache ha de rehacer, sin duda su obra; para entonces esperamos, ha de cambiar mucho de su plan y ha de corregir y completar los detalles.—*G. A. A.*

APÉNDICE

INFORME DE LA COMISION DE EDIFICACION

SOBRE

LA CONSTRUCCION DE LA CASA

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Buenos Aires, 1º de Abril de 1895.

Al Sr. Presidente del Círculo Médico Argentino:

La Comision de Edificacion tiene el honor de elevar á la Asociacion por intermedio del Sr. Presidente, el presente informe relativo á los trabajos que ha realizado desde su instalacion hasta la construccion del edificio propio del Círculo Médico Argentino.

En 1883, despues de haber dado los primeros pasos con el objeto de adquirir una casa de propiedad del Círculo, comuniqué á la Comision Directiva el proyecto que tenia, y ésta, en presencia de las gestiones que yo habia iniciado, resolvió nombrar una comision con plenos poderes para pedir dinero, hacer planos, edificar, etc.

Esta Comision ha funcionado hasta hoy teniendo como Presidente y Secretario respectivamente á los abajo firmados.

Los trabajos comenzaron por suscriciones públicas llevadas á cabo por diferentes sub-comisiones que en pocos dias recolectaron la suma de 4512 pesos 50 centavos.

Al mismo tiempo y con fecha 13 de Junio de 1884, solicitaba del Honorable Congreso una subvencion para ayudar á la ejecucion de su proyecto, y se votó una partida de 10.000 pesos en el presupuesto para el año 1885, partida que el Poder Ejecutivo suprimió por motivo de economia.

La misma comision solicitó de la Legislatura de la provincia de Buenos Aires su cooperacion pecuniaria, y por ley de 31

de Octubre de 1884 se votó la suma de 4.000 pesos m/n con dicho objeto.

El Congreso Nacional sancionó en 27 de Setiembre de 1887 una ley autorizando el Poder Ejecutivo á acordar al Círculo Médico la cantidad de 30.000 pesos m/n, que fueron entregados.

Se solicitaron auxilios de los Gobiernos de las Provincias de Entre Rios, Córdoba y Tucuman, pero no fué posible obtener nada práctico.

Con los fondos entregados por el Gobierno Nacional (30.000 pesos) y los 4.000 de la Provincia de Buenos Aires, el producido de las suscriciones populares y el concurso del empresario Mac'Kay que dió una funcion teatral á beneficio de esta obra, la Comision reunió la cantidad de $ m/n 40.342,93 hasta el 15 de Junio de 1889.

Los trabajos de recoleccion de dinero se dieron por terminados, y con fecha 22 de Abril de 1889 se compró á D. Mariano Solla, el terreno sito en la calle Corrientes núm. 2040-2042, compuesto de once y media varas de frente por setenta de fondo, en la suma de 35 000 pesos, y que fué escriturado ante el escribano D. Cárlos Varangot.

Deducidos los gastos de escrituracion, etc. el excedente de los $ 49.242,03 alcanzaba á la suma de 4.000 pesos que fué colocado en cédulas hipotecarias provinciales, serie M, compradas á 80 y 80 por ciento.

El Círculo Médico Argentino tenia, pues, en el año 1889 un terreno de su propiedad, pero le faltaba el dinero necesario para edificar, y en estas circunstancias sobrevino la crisis política y económica cuyas consecuencias afectaron tambien sus intereses.

El Ingeniero Dr. Félix Amoretti habia confeccionado gratuitamente los planos primitivos cuya ejecucion se calculaba en 100.000 pesos, mas no era posible pensar en una erogacion tan crecida.

El terreno entre tanto fué alquilado en la cantidad de 50 pesos m/n. al mes.

La Comision de Edificacion no desmayaba, sin embargo, ante las dificultades que se presentaban.

Acompañado del Dr. Amoretti gestioné durante los años 1890-91, ante la compañia «La Edificadora» y otras, y tambien ante particulares, la construccion de la casa para el Círculo

Médico, mediante condiciones de recíproca conveniencia entre la Asociacion y el contratista, pero nada se pudo conseguir.

Así pasó el tiempo desde 1891, esperando siempre la oportunidad de edificar el local de la Asociacion, hasta que en 1894 el Dr. Amoretti, Presidente del Círculo Médico, dió cuenta de que el empresario D. Cayetano della Paolera estaba dispuesto á ejecutar la obra, en condiciones muy ventajosas para ambas partes.

La Comision dió al Sr. Della Paolera sus instrucciones y los planos presentados por él, de acuerdo con estas especificaciones, fueron aprobados por ella y la Directiva.

Las condiciones dentro de las cuales ha sido hecho el edificio son estas:

«1º El Círculo Médico Argentino abonará al Sr. Cayetano Della Paolera cuatro mil pesos á los 30 dias de empezar las obras y siempre que se hallen colocados los marcos de la puerta de calle y patios.

«2º Abonará los otros 12.000 pesos en el término de 3 años y 4 meses (40 meses) á contar desde la fecha de la entrega de la casa por mensualidades de 300 pesos, mas un interés del 1 % mensual, deduciéndose el interés de las cuotas que se vayan amortizando.

«3º Abonará además 240 pesos por los intereses devengados durante la edificacion, calculado sobre el capital de 4.000 pesos por el 2º mes, sobre el capital de 8 000 pesos por el 3º mes y sobre el capital de 12.000 pesos por el 4º mes.

«4º Dichos intereses serán abonados en cuotas mensuales iguales al mismo tiempo que las amortizaciones.

«5º La cuota mensual por consiguiente que se abonará incluyendo la amortización é intereses hasta á la extincion de la deuda, será de 367 pesos con 50 centavos.

«6º Al recibirse de la casa construida segun las bases estipuladas anteriormente, la Asociacion hipotecará la propiedad á favor del Sr. Cayetano Della Paolera por escritura pública en garantia del pago de la deuda hasta que ella sea satisfecha.

«7º Si el Sr. Cayetano Della Paolera no entregase la casa concluida en el término que se compromete, el Círculo Médico no estará obligado á pagar intereses por el tiempo que dure la demora.

«8º En caso que el Círculo Médico Argentino abonase el total de la deuda ó parte de ella antes del término fijado en este contrato, se descontarán los intereses repectivos.»

La Comision recibió tambien planos y presupuestos de los Sres. Grimoldi, Angel Depedrié y Domingo Zoizi.

El edificio del Círculo Médico Argentino está concluido, y en su construccion se han realizado estas condiciones: elegancia, solidez, y baratura.

La construccion ha motivado, pues, un gasto de 16.000 pesos m/n. De modo que el edificio y el terreno representan actualmente una propiedad de *cincuenta y un mil pesos moneda nacional.*

Acompaño los balances que acreditan las entradas y salidas de los fondos que la Comisión de Edificacion ha manejado. Al mismo tiempo remito todos los documentos de su archivo.

Séame permitido, al terminar, la satisfaccion de un recuerdo personal.—En mi memoria del año 1885, decia: «El pensamiento de adquirir un edificio propio, empieza á ser una realidad, y al anunciarlo, mantengo mi palabra comprometida en mi discurso anterior. Si como presidente de la Asociacion no he podido cumplir mi deseo á este respecto porque el término de mi mandato es fatal, os aseguro en cuanto es dado á un hombre asegurar, que como Presidente de la Comision encargada de la adquisicion de fondos para la casa, dotaré al Círculo Médico Argentino de un local que le pertenecerá.»

Saludo atentamente al señor Presidente.

SAMUEL GACHE.

A. E. Amoretti
Secretario.

ESTADO demostrativo de la inversion de los fondos de la

DEBE

A subvencion acordada por el Superior Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, segun ley de 31 de Octubre de 1884.....		$ 4.000 00	
A producto del beneficio dado por el señor German Mac'Kay en el «Jardin Florida» la noche del 27 de Febrero de 1886.....		150 67	
A suscricion levantada por la Comision, segun detalle adjunto.....		4.612 50	
A cuotas de sócios protectores, correspondientes á los meses de Mayo, Junio y Julio de 1886....		47 50	
A subvencion acordada por el Excmo. Gobierno de la Nacion, segun ley de 27 de Setiembre de 1887.		30.000 00	
A intereses de cédulas hipotecarias provinciales:			
En efectivo.....	$ 1.182 55		
» bonos.....	» 1.365 00	2.547 55	
A intereses de depósito hecho en el Banco de la Provincia de Buenos Aires.....		1.111 62	
A depósito hecho por D. Francisco Graziadio de tres meses de alquiler en garantía del pago mensual del mismo.....		150 00	
A alquileres del terreno de la Asociacion.....		2.503 00	
A intereses de depósito hecho en el Banco de la Nacion Argentina.....		162 00	
A Tesorería de la Asociacion para completar el pago de la 1ª cuota (4000 $) de la edificacion..		129 05	
Total.....			$ 45.413 89

Vº. Bº. SAMUEL GACHE

Alejandro E. Amoretti
Secretario.

Comision de Edificacion del « Círculo Médico Argentino »

HABER

Por pago á D. Mariano Solla por compra que se le hizo del terreno sito en la calle Corrientes núms. 2038 al 42	$ 35.000 00	
Por pago hecho al Escribano D. Cárlos Varangot, por escrituracion del terreno	262 00	
Por pago á los señores J. E. Ollivier y Ca. por trabajos de dibujo ejecutados en los planos: fachada y planta	200 00	
Por pago al señor Gaston Lecureux, por trabajos de dibujo ejecutados en los planos: seccion longitudinal y copias en tela y papel al ferroprusiato de la seccion, fachada y plantas	100 00	
Por pago á Emilio Halistzky por impresion de 1200 ejemplares, para la memoria, de los planos reproducidos en foto-litografia	70 00	
Por pago á «El Censor» por impresion de 250 ejemplares de la memoria de la Comision correspondiente al año 1889	20 00	
Por pago á D. Francisco Graziadio por la construccion de la pared divisoria del terreno	550 00	
Por pago de la contribucion territorial correspondiente á los años 1889, 1890, 1891, 1892, 1893 y 1894	469 38	
Por pago de impuestos municipales	27 60	
Por pago al constructor D. Cayetano Della Paolera la primera cuota de la edificacion, segun contrato	4.000 00	
Por útiles, papel sellado y otros gastos	267 79	
Por devolucion hecha á D. Francisco Graziadio del depósito de tres meses hecho en garantia del pago de los alquileres	150 00	
Por diferencia en la venta de cédulas hipotecarias provinciales y bonos y cupones	4.297 12	
Total		$ 45.413 89

Buenos Aires, Febrero 25 de 1895.

Marcial V. Quiroga
Tesorero

SUSCRICION levantada por la "Comision de Edificacion del Círculo Médico Argentino"

Recolectado por los señores Samuel Gache y Alejandro E. Amoretti.

	$ m/n	$ m/n
Samuel Gache	100 00	
Carlos Madariaga	100 00	
Bartolomé Novaro	100 00	
Antonio F. Crespo	100 00	
R. Herrera Vegas	100 00	
Pedro F. Roberts	100 00	
I. Pirovano	100 00	
Domingo Parodi	100 00	
Francisco A. Tamini	50 00	
Mauricio Gonzalez Catan	50 00	
Nicasio Etchepareborda	50 00	
N. N	200 00	
Emilio R. Coni, donacion de 50 ejemplares de su trabajo premiado en el «Concurso Rawson», para ser vendidos al precio de *dos pesos* m/n; importe de 22 ejemplares vendidos	44 00	1.194 00

Recolectado por el señor Samuel Gache.

Santiago Luro	50 00	
Maria Gache de Luro	50 00	
Rufino Luro	20 00	
Augusto N. Schang	20 00	
José Luro	20 00	
Alberto I. Gache	20 00	
Pedro Gache	20 00	200 00

Recolectado por los señores Gregorio Hunt, Francisco Bernal y Víctor M. Sanguinetti.

Miguel Juarez Celman	100 00	
Julio A. Roca	50 00	
Eduardo Wilde	40 00	
Torcuato de Alvear	20 00	
Bartolomé Mitre	30 00	
Guillermo Udaondo	50 00	
Santos Unzué	100 00	
Mariano Acosta	100 00	
Leonardo Pereyra	100 00	
Mariano Unzué	100 00	
Carabassa y Cª	100 00	
Juan y José Drysdale y Cª	50 00	
A. C. Cambacérés	100 00	
Francisco B. Bosch	100 00	
Manuel Quintana	50 00	
Nicolás Levalle	20 00	
Rafael Obligado	50 00	
Juan Clark	100 00	
Juan B. Gil	100 00	
Pedro Lagleyze	20 00	
Mercedes Oromí	20 00	1.400 00

Recolectado por los señores Ramon N. Eizaga, Francisco Otaño y Alejandro E. Amoretti.

Mateo Durañona	50 00	
Laura B. de Pacheco	100 00	
Joâo Adriâo Chaves	50 00	
Juan María Bosch	50 00	
Carlos Zuberbühler	50 00	
C. Zuberbühler y Cª	100 00	
Antonio Devoto y Hno	100 00	
Francisco Chas	5 00	
Samuel B. Hale y Cª	100 00	
Eduardo Casey	50 00	655 00

TARJETAS DE SUSCRICION

Distribuidas por el señor Víctor M. Sanguinetti

A cargo de la señorita Mercedes Jacobé....	30 00	
» » » » » Teresa Soriano.....	100 00	130 00

Distribuidas por el Sr. Gregorio Hunt.

A cargo de la señora M. de Gil.....	41 00	
» » » » señorita Mercedes Eguia....	32 00	
» » » » Sra. Carolina L. de Argerich.	144 00	217 00

Distribuidas por el señor Antonio C. Gandolfo

A cargo de la señorita Maria Lidia Cienfuegos.....	60 00	60 00

Distribuidas por el señor Alejandro E. Amoretti

A cargo de la Sta. Emilia de las Carreras..	25 50	
» » » las señoritas Emilia, Encarnacion y Mercedes de las Carreras.	50 00	
» » » la señorita Catalina Lara.	39 00	
» » » la señora Eloisa G. de Seribante	20 00	
» » » la señorita Florinda Tiscornia..	24 00	
» » » las señoritas Maria y Sara Amoretti	55 00	
» » » las señoritas Julia, Virginia y Emilia Sulzmann.....	40 00	
» » » la señora Irene C. de Sagastume	50 00	
» » del señor Juan Lértora.....	30 00	333 50

Distribuidas por el señor Samuel Gache.

A cargo de la señora Valentina P. de Redruello	30 00	
» » » » » Antonia S. de Gache.	20 00	50 00

Distribuidas por el señor Ramon N. Eizaga.

A cargo de la señorita Manuela Morales...	35 00	
» » » » » » » ...	11 00	46 00
A cargo del señor Ovidio Rebaudi y Balestra		22 00
» » » » José Z. Caminos.....		10 00
» » » » Rómulo Marcenaro.....		11 00
» » » » Federico Zavaleta.....		9 00

Donado por los señores:

Silverio Dominguez.....	20 00
Ramon N. Eizaga.....	20 00
Víctor M. Sanguinetti.....	10 00
Ignacio Allende.....	10 00
Francisco Otaño.....	20 00
Alejandro E. Amoretti.....	20 00
Justiniano Ledesma.....	50 00
Adalberto Ramaugé.....	125 00
	4.612 50

CRÓNICA

Los materiales de este número.—El retardo involuntario en la remision de la memoria de la Comision de Edificacion, ha sido la causa de la demora en la publicacion de todos los documentos referentes á la inauguracion del edificio propio del Círculo. Despues de esa demora, no habia pues objeto en publicar esos documentos en un número extraordinario, como se habia pensado, y optamos por agregarlos á los materiales científicos del presente.

Sociedad de socorros entre médicos.—Lleva camino de realizarse la idea de constituir una asociacion de socorros para las familias de los médicos que fallezcan.

En las reuniones celebradas en casa del Dr. Susini, se nombró una comision compuesta de los Dres. Boeri, Gandolfo y Susini para proyectar la forma que tal sociedad ha de tener.

El Dr. Gache, por su parte, ha presentado un proyecto sobre el mismo asunto á la C. D. del Círculo Médico.

Con motivo de estos proyectos, se ha suscitado cuestiones sobre prioridad de la iniciativa, que no por ser pueriles son menos enojosas. Cumple á nuestra lealtad declarar que, en Enero del corriente año, con motivo de la muerte de nuestro querido compañero el Dr. Loudet, recibimos una carta del Dr. Gandolfo en que nos incitaba á hacer propaganda en favor de una asociacion de socorros que le habia sido indicada por el Dr. Boeri; por nuestra parte, apremiados por muchas ocupaciones, nada pudimos hacer, pero ya que se suscita la cuestion de prioridad, debemos manifestar lo ocurrido. Ahora bien, es la iniciativa de los Dres. Boeri y Gandolfo la que ha provocado las reuniones celebradas en casa del Dr. Susini.

He aquí la nota del Dr. Gache á que hemos hecho referencia:

Buenos Aires, 27 de Abril de 1895.

Señor Presidente del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, *Dr. A. E. Amoretti.*

Circunstancias desgraciadas últimamente producidas, indi-

can la necesidad de que el Cuerpo Médico Argentino se auna y constituya un centro de auxilios para impedir que sufran miserias las viudas é hijos de aquellos de sus miembros fallecidos sin haber alcanzado los medios de vida independiente.

La accion particular de los colegas se ha hecho sentir aunque débilmente cuando ha sido necesario llevar un socorro á deudos necesitados; pero este expediente es inseguro, y deberáse, por lo tanto, buscar un otro que establezca precedentes definitivos.

Entre las que existen en las naciones más experimentadas, encuentro una que podria muy bien servir de modelo á la asociacion que proyecto, y es la que funciona en Paris, creo que bajo la presidencia del eminente profesor Brouardel, y que cuenta actualmente con un capital de un millon de francos.

Propongo, pues, que el presidente del Círculo Médico Argentino convoque á una reunion en sus salones, para que se discuta la iniciativa que dejo así esbozada, y que, llevada á la práctica, será uno de los más hermosos títulos que agregará á la consideracion pública.

Los antecedentes del Círculo Médico imponen su autoridad en este caso, y espero que los colegas argentinos de toda la República adherirán á esta idea.

Saludo atentamente al señor Presidente.

Samuel Gache.

Congreso Nacional de Higiene.—Dada la proximidad de la fecha en que deberia reunirse el Congreso Nacional de Higiene, parécenos del caso hacer notar que seria probablemente mas conveniente esperar algunos meses mas para celebrarlo. En efecto, la mayor parte de los médicos que concurran, en una forma ó en otra, necesitarán de los datos del censo, puesto que no hay en casi todas nuestras provincias estadísticas de poblacion ni datos demográficos de utilidad.

Trasmitimos al Departamento Nacional de Higiene estas observaciones que nos han sido hechas por algunos colegas.

Diplomas de socios del Círculo Médico.—Los Sres. Secretarios de la Asociacion hacen presente á los miembros de ella, de una antigüedad mayor de seis meses, que no hayan recibido aún su diploma, que pueden pasar á recogerlo en el local del Círculo.

Facultad de Medicina.—Los Dres. Mendez, Decoud y Esteves fueron autorizados para dictar cursos libres de clínica médica, medicina operatoria y enfermedades nerviosas. Los dos primeros han dado ya comienzo á las clases; el Dr. Esteves no ha podido iniciarlas aún por haber dejado de ser jefe de clínica de la asignatura, quedando privado, por consiguiente, de las salas correspondientes.

—El Dr. Semprun ha sido nombrado Jefe de clínica de enfermedades nerviosas.

—Han principiado ya los exámenes generales de 1er y 2o término, debiendo empezar en breve los de 3o.

—Jubilado el Dr. Pirovano, la Facultad ha elevado la terna para designar el reemplazante. Ocupa el primer puesto el Dr. Gandolfo, segundo el Dr. Castro.

—Por falta de espacio, no damos acá la indicacion de las reformas proyectadas en la enseñanza por el nuevo académico honorario, Dr. Susini; nos ocuparemos en uno de nuestros próximos números.

Estado sanitario.—De entre las afecciones graves, la escarlatina y la fiebre tifoidea son las que actualmente dominan.

Respecto de la última, que ha aumentado considerablemente, es fácil notar que es casi exclusivamente la gente que toma como bebida el agua de pozo la que se contagia. En los numerosos casos observados en nuestro consultorio y salas de San Roque, no hemos constatado ninguno que se proveyera habitualmente de agua corriente. En cambio, no hemos visto la enfermedad en nuestra clientela civil, que se sirve de esta última.

Conferencia científica en el Círculo.—El miércoles próximo tendrá lugar la 4a asamblea científica de este año.

Disertarán los Dres. Palma y Gutierrez (Avelino).

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 10

Anales del Círculo Médico Argentino

MAYO 31 DE 1895

Curacion radical de hemorroides

por el Dr. **Pascual Palma**

Profesor sustituto de patologia externa—Jefe de clínica quirúrgica

---

Desde el 15 de Marzo de este año hasta hoy, se han operado en el servicio del *Prof. Gandolfo* seis casos de hemorroides por el procedimiento de W*hitehead*, que con justicia se ha llamado de *cura radical.*

Ni en las publicaciones médicas nacionales, ni en las lecciones inéditas de los profesores, ni aun en las estadisticas anuales que resúmen el movimiento habido en los diversos hospitales, hemos encontrado nada que se refiera á esta operacion, y nos honramos pues con la prioridad de su aplicacion entre nosotros.

La comunicacion de *Delorme* á la Societé de Chirurgie en Julio del 92, vulgarizó este procedimiento en Francia, y desde ese dia está haciendo la vuelta al mundo, á pesar de que *Whithead* lo publicó el 82 y de que el 87 presentara una estadística de mas de 300 casos, sin ningun fracaso.

Las modificaciones al procedimiento originario han surgido á la par de la rapidez con que se ha generalizado; en Francia no mas, no se cuentan ya los cirujanos que han pospuesto su nombre al de *Whitehead*, denominándolo, operacion de Whitehead Reclus, de Whitehead Delorme, etc.; ninguna de esas modificaciones, que consisten en simples detalles de técnica merece detenernos, la técnica de W*hitehead* es perfecta. Nosotros la describiremos, anotando de paso la manera como hemos ejecutado personalmente sus diversos tiempos.

Preparado el paciente convenientemente como para cualquiera otra intervencion quirúrgica en el recto, cloroformado profundamente y en la posicion de talla perineal, se procede

á la dilatacion forzada del ano, manual ó instrumental (nosotros empleamos el espéculo trivalvo de Nicaise); en este momento, las hemorroides se hacen procidentes, si antes no lo eran. Preferimos la dilatacion instrumental, porque permite hacer al mismo tiempo un lavaje abundante del recto, con la solucion de bicloruro al uno por mil, sin peligro de intoxicacion. Terminado éste y retirado el espéculo, se pasa al segundo tiempo de la operacion, que consiste en hacer una incision circular, que circunscriba el orificio externo del ano; la incision debe pasar por fuera de la insercion cutánea del rodete hemorroidario si lo hay, en plena piel especial de la region y no en el límite de ésta con la mucosa, lo que dificultaria luego la colocacion de los puntos de sutura, por hallarse la incision dentro del orificio; debe llegárselo hasta el tejido celular, ó mejor dicho, hasta el esfínter externo, teniendo cuidado de no penetrar en su masa, que se reconoce por la direccion de las fibras musculares.

El tercer momento de la operacion, lo constituye la diseccion del cilindro de mucosa ano-rectal alterada y revestida de paquetes hemorroidarios; debe hacerse, dejando la mucosa adentro y la muscular (esfínteres) afuera, penetrando en el tejido celular submucoso.

Esta diseccion, laboriosa en su primera parte á causa de las relaciones de la piel de la region con las fibras mas superficiales del esfínter externo, que es á este nivel un músculo cutáneo (*Luschka*) y las verticales del interno, que tambien se insertan en ella, se hace fácil y se debe continuar á dedo al nivel de la mucosa, donde la capa celular sub-mucosa es laxa y forma casi una serosa entre la cara externa de los paquetes hemorroidarios y la interna de los esfínteres. W*hitehead* aconseja remontar el desprendimiento de la mucosa hasta el límite ó borde superior del esfínter interno; nos parece mas práctico llevar la diseccion hasta el límite ó borde superior del cilindro de mucosa enferma, fácil de establecer por contraste, con la mucosa sana. En efecto, ésta es rosada y aquella gris azulada; el tránsito es brusco entre las dos coloraciones y la línea de separacion marcada. Alcanzada la mucosa sana, no queda sino extirpar el cilindro disecado que lleva adheridos á su cara externa ó cruenta, los paquetes hemorroidarios exangües y aplastados. Esta extirpacion, cuarto y último tiempo de la operacion es el que dá mas sangre, y

para economizarla, en vez de hacer la seccion en un tiempo y proceder luego, prévia hemostasia por torsion ó ligadura, á la sutura de la mucosa rectal sana con la piel del ano, *Whitehead* divide el cilindro en cuatro valvas, con cuatro incisiones hechas á tijera en los extremos de los diámetros ántero posterior y transverso, extirpa cada una de estas valvas por separado, seccionándolas en su base y colocando inmediatamente los puntos de sutura que sean necesarios para fijar la mucosa á la piel y hacer al mismo tiempo la hemostasia. Cuando se ha extirpado la última valva y se han colocado los puntos de sutura correspondientes, el ano queda tapizado de nuevo; donde antes habia una mucosa enferma, que envolvia los paquetes hemorroidarios desarrollados en su cara profunda, hay ahora una mucosa sana que reviste los esfínteres. La operacion está terminada; se espolvorea con iodoformo la línea de suturas y se cubre con un tapon de gaza, algunas planchuelas de algodon y un vendaje en T. Constipacien y dieta apropiada durante ocho dias: el noveno, despues de haber sacado los puntos de sutura, se administra un purgante ligero y el hemorroidario es dado de alta.

Esta operacion sencilla y práctica, es en nuestra opinion, la que debe aplicarse en todos los casos de hemorroides operables, con exclusion de toda otra; ninguna en efecto resiste parangon con ella; es la única radical, y no susceptible de observacion alguna, en tanto que de la dilatacion simple y de la escision á termo-cauterio que son los métodos hoy clásicos, se puede decir, del primero, que solo es sistemático y paliativo, y del segundo que expone á la hemorragia secundaria y á la estrechez cicatricial.

Este criterio uniforme ha precedido la intervencion en nuestros seis casos y por eso no publicamos las historias detalladas; en todos ellos habia hemorroides operables, es decir, hemorroides cuya sintomatologia no cedia á los diversos tratamientos médicos; habia que operarlas, pues, y debíamos hacer lo único que creimos *sencillo, eficaz y definitivo*, la operacion de W*hitehead.*

Trofoneurosis — Mal perforante plantar y ainhum

por el Dr. **Avelino Gutierrez**

profesor sustituto de Anatomía, jefe de Clínica Quirúrgica

Presentó á Vds. un enfermo de la clínica del doctor Aguilar, que tiene en la planta de sus piés y en la extremidad de uno de sus dedos, ulceraciones de forma más ó menos redondeada unas, serpinginosa otra, de bordes cortados á pico, callosos y socabados, de fondo gris, sin reaccion inflamatoria, poca supuracion y poca tendencia á la cicatrizacion.

El estilete se introduce bajo los bordes de las úlceras á cierta distancia y penetra por algun punto de ellas á cierta profundidad.

La sensibilidad dolorosa está muy disminuida en las úlceras, en sus vecindades y á lo lejos, igualmente que la térmica y la táctil, esta menos que las otras.

El enfermo siente sensacion de quemadura en el dorso del pié, las uñas son rugosas y quebradizas, la piel gruesa y pigmentada en la cara dorsal del pié y tercio inferior de la pierna, donde no hay ulceraciones; la marcha no es atáxica, los reflejos están conservados, no hay anestesia; en otros puntos del cuerpo la piel no tiene alteraciones de importancia.

Además de las ulceraciones se ve que el quinto dedo del pié izquierdo es chico y globuloso, del tamaño de una avellana. Por todo aparato falangiano hay en el centro del muñon un pequeño huesecito, y en la raíz del dedo se nota un surco profundo no ulcerado, una especie de estrangulacion.

El anular del mismo pié es una masa blanda de elasticidad lipomatosa casi sin aparato falangiano, que está atrofiado; se observan tambien en él dos surcos que tienden á estrangularlo. Hay 11,50 ‰ de azúcar en sus orinas; no tiene polifagia, polidipsia ni poliuria.

Su enfermedad empezó en Noviembre del 93 con fuertes dolores que perturbaban su sueño, sensacion de quemadura, hinchazon de piés y piernas; despues de todo esto, apareció una ulceracion en el meñique izquierdo, al lado de la uña: por allí, segun dice el enfermo, salió un huesecito; casi simultánea-

mente se produjeron las úlceras de la planta y entonces el paciente entró en un hospital; con reposo y baños fué curado; volvió á su trabajo y tres meses despues aparecieron de nuevo las úlceras: segunda entrada en el mismo hospital, nueva mejoria por el mismo tratamiento, vuelta despues á sus quehaceres y reproduccion; por ella está el dia de hoy en el nuestro. Como se ve, el reposo con ligeros adyuvantes sana temporalmente las úlceras; con el movimiento vuelven á aparecer.

Los antecedentes hereditarios son buenos; en cuanto á los personales, ha tenido á los quince años una enfermedad febril que ha durado unos ocho dias, sin consecuencias, por que despues ha sido sano. No es reumático ni sifilítico, tiene hábitos de alcoholista (aficionado al ajenjo y otras bebidas fuertes).

El diagnóstico no creo que pueda ser dudoso. Son úlceras perforantes plantares y ainhum ó amputacion espontánea de dedos.

No es por la rareza del mal plantar que me he permitido traer el enfermo aquí; por el contrario, es una afeccion relativamente frecuente, á diferencia del ainhum, raro en la raza blanca; pero su naturaleza ha sido y sigue siendo aun tema de discusion. Así mientras que unos la consideran como lesion puramente local y debida á presiones repetidas, otros ven en ellas perturbaciones de nutricion de orígen arterial, y la mayoria le asigna un origen nervioso central ó periférico. Muchos la creen diatésica y algunos dicen es una úlcera cancroidal ó sifilítica.

En el presente caso la naturaleza del mal plantar está aclarada por la coexistencia con otra lesion de patogenia mas conocida, siendo lógico referir las dos lesiones á la misma causa, trófica para la una, como lo es para la otra.

Por lo demás, las perturbaciones de la sensibilidad dolorosa, térmica y táctil, no solo en los bordes de las úlceras sino tambien á distancia, la multiplicidad de éstas hasta en los dedos, las alteraciones en las uñas, la sensacion de quemadura con anestesia (anestesia dolorosa) en el dorso del pié y además de todo esto un principio de amputacion espontánea de dedos, afeccion la última de orígen nervioso, confirman por su conjunto la calidad de la úlcera, y demuestran á la vez su naturaleza trófica.

Este es mi modo de ver para el caso actual y hasta me siento inclinado á generalizarlo (despues de muchos otros) á todas las

ulceraciones del mismo carácter. Las que en patologia quirúrgica se designan con el título de úlceras perforantes plantares, son para mí tróficas ó diatésicas y desde luego no admito las úlceras por exceso de presion simplemente, pues si bien es cierto que cuando el peso no se reparte con uniformidad, como en las distintas formas de piés bot, el punto de apoyo se ulcera á veces, debe tenerse en cuenta que en esos casos, á la causa mecánica (exceso de presion) se une una causa nerviosa central ó periférica, neuro paralítica (parálisis infantil ú otras).

La teoria arterial no me seduce ni tampoco me satisface. En muchas disecciones hechas en viejos de avanzada edad he encontrado casi siempre alteraciones ateromásicas de las arterias de los miembros, llegando algunas á tener la dureza de piedra y á estar obstruidas por trombus organizados, y no obstante en ninguno de esos casos habia úlceras plantares.

Recuerdo especialmente el caso de unos viejos elegidos exprofeso y en quienes ensayaba las inyecciones penetrantes de cretaminio y aceite de lino: en todos habia alteraciones ateromásicas bien pronunciadas; en uno de ellos la tibial posterior y peronea estaban completamente obstruidas por trombus organizados, tanto que la inyeccion no pasó por ellas á pesar de su facilidad de penetracion. Las paredes de las arterias eran en esta vieja ochentona duras como piedra. En ninguno de los casos habia úlceras. Además, éstas no son patrimonio de la vejez á diferencia de la arterio esclerosis.

Por otra parte, las obstrucciones de vasos por trombus ó embolia producen gangrena en bloc, no gangrena molecular ulcerosa, y siempre que se ha hecho un exámen minucioso de los enfermos con úlceras de tal carácter, completándolo con el exámen microscópico de los nervios se han encontrado alteraciones de éstos ó lesiones del eje encéfalo-medular.

Concluyo pues: enfermo con úlceras perforantes de naturaleza trofica, y en el caso que estudio aún iria más allá dando á la diabetes, con muchos otros, el mismo orígen nervioso y diria enfermedad distrófica nerviosa con alteraciones tróficas.

HOSPITAL RAWSON

Servicio de enfermedades génito-urinarias á cargo del Dr. Federico Texo

La Uretrotomia interna sin sonda permanente post-operatoria Casos operados

por **P. Castro Escalada,** Interno

El Dr. Tornú citó en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO del año ppdo., en un articulo sobre el libro de Loumeau, algunos casos de uretrotomia interna sin sonda permanente post-operatoria practicados en este servicio; y si hemos demorado hasta hoy la publicacion de las observaciones, ha sido tan solo con el propósito de poder presentar mayor número de ellas que confirmáran nuestras ideas teóricas, asegurando por la práctica inatacable la conviccion que tenemos de la inocuidad de la supresion de la sonda fija en esta operacion.

Esta última idea no es nueva ni es una adquisicion de la cirugia moderna. Sedillot en 1860, Gosselin en 1862, Perrin en 1865, Garnier discípulo de Laroyenne en 1872, Martinet discípulo de Guyon, Le Dentú, M. Lee, Humbert, Horteloup, cuyos casos fueron presentados al último Congreso de Cirugia francés en 1892 y últimamente Loumeau han practicado y publicado observaciones de éxito mas ó menos feliz, pero todos los cirujanos no se deciden á suprimir la sonda por la poca seguridad y firmeza de los casos presentados á pesar de estar sostenidos por ideas teóricas de gran valor, declarándose contrarios á ella con la seguridad del nombre de los mas sabios cirujanos y estadísticas importantes.

Á muchos parecerá quizás banal la discusion de supresion ó no de la sonda en una operacion tan sencilla, de tan brillantes resultados como la uretrotomia interna:; pero creemos que todo lo que tienda y lo que haga por simplicar la operacion y sobre todo el manual operatorio en cirugia es mayor adelanto que la adquisicion de nuevos procedimientos engorrosos y difíciles.

No vamos á entrar á las indicaciones de la uretrotomia interna con sonda: ello no es nuestro objeto, como tampoco lo es el detallar las indicaciones de la supresion de la sonda fija: ellas se desprenderán de nuestra exposicion; solo discutiremos las ventajas de la supresion relatando algunas observaciones y objetando las ideas que hacen de la sonda permanente una necesidad imprescindible.

Los accidentes que tratan de evitar los partidarios de la sonda fija post-operatoria en la uretrotomia interna, son:

La *hemorragia*, que algunos sostienen ser el accidente mas peligroso, imponiendo la introduccion de la sonda y otros como Hamonic dicen, que apenas dá una cucharada de sangre proveniente de la parte superior de la uretra; y Reybard no la tiene en cuenta diciendo qne ella se cohibe por sí sola, no habiendo visto ninguna de importancia, y cree que el uso de la sonda es mucho mas peligroso que su supresion; y dice mas: que en muchos casos ésta se hace de importancia por la misma introduccion de la sonda; nosotros nunca hemos visto una verdadera hemorragia, pero tratamos siempre de cohibirla por los lavajes antisépticos despues de practicada la incision y tambien por la compresion algodonada del pene, sin haber visto hasta ahora ningun accidente digno de mencion y sin haber tenido que recurrir á ninguno de los medios que Hamonic indica; la hemorragia no es pues un accidente que pueda hacer imprescindible el uso de sonda.

La infiltracion de orina á través de la incision es evitada por la sonda, dicen sus partidarios; Guyon dice que nada es mejor que una sonda á pequeño calibre usando la número 15 ó 16; en contra de la antigua práctica proclamada por Pollailon, de la sonda á gran calibre que facilita la infiltracion pasando la orina entre la pared uretral y la sonda; Guyon llega en algunos casos á suprimirla y en la tesis de Martinet, su discípulo, dice que á este respecto la sonda solo favorece el descanso del canal, pues no hay peligro alguno; aunque la orina pase entre el canal y la sonda solo habrá contacto y no penetracion. La infiltracion por otra parte es un accidente raro, y algunos cirujanos nunca la han visto producirse, salvo en los casos en que hay fístulas; este peligro de la infiltracion se hace aun menor sin la sonda porque la orina no encontrando un obstáculo á su paso, corre con mas facilidad y su simple contacto con la incision uretral siempre que esté aséptica, ni

infiltrará, ni dará lugar á accidente alguno; la supresion de la sonda no es aquí un peligro, presentando más bien ventaja.

La sonda fija evita la *infeccion* y *accidentes sépticos.* Horteloup en el ultimo Congreso de Cirugia en Francia, presenta siete casos y siete éxitos llegando á estas conclusiones: siempre que se trate de practicar la uretrotomia interna hágase un análisis microscópico de la orina; si ésta es séptica, usar sonda fija; en caso contrario su supresion no dá lugar á ningun accidente séptico, y si esto es elemental y claro, la sonda fija tiene sus indicaciones bien determinadas, pero siempre que la asepticidad de la orina exista no tiene indicacion y nosotros sin poseer los medios como asegurarnos microscópicamente de la ausencia de gérmenes infecciosos, tratamos de acercarnos á ella practicando la asepsia de la orina, como se indicará en el manual operatorio, y operando siempre con orinas claras, y con esta seguridad relativa se puede ver en los casos publicados que solo uno hemos tenido con una temperatura de 38°, accidente febril de poca importancia (Caso I).

La sonda fija mantiene la *separacion de los lábios de la herida consecutiva á la incision del uretrótomo contribuyendo asi á mantener la forma triangular* (de base hácia la luz uretral) *de la incision*; la elasticidad de las fibras uretrales es bastante por sí sola para mantener esta forma de la herida y la sonda fija no favorece en nada ni la separacion ni el mantenimiento.

La sonda fija *favorece la cicatrizacion por primera intencion, pues si la orina pasara por la herida arrastraria el tejido blando que la cubre impidiéndola.* Respecto á esta ventaja creemos que la sonda fija obrando como cuerpo extraño, retarda esta cicatrizacion, y algunos cirujanos la acusan de producir uretritis haciendo supurar la herida, lo que impide que la cicatrizacion primera se efectúe y dé lugar á una cicatriz más retráctil y no á una cicatriz regular y menos retráctil que la que resulta de una reunion por primera intencion.

Agreguemos á nuestra manera de ver, que otro de los inconvenientes de la sonda permanente es el de causar grandes molestias al enfermo: muchos no la toleran, sobre todo los de la clientela particular, librándose á maniobras á fin de hacerla mas tolerable, pues muchas veces impiden la emision de la orina por retirarla de su sitio, obligando en muchos casos al mé-

dico á retirarla del todo exponiéndose en los casos en que la preparacion de las orinas no ha podido efectuarse á ver estallar accidentes de verdadera infeccion. La supresion de la sonda á mas de simplificar el manual operatorio de la uretrotomia interna, pues su introduccion es siempre engorrosa y á veces peligrosa, hace de esta operacion una de consultorio y tambien es mucho mas tolerable para los enfermos, pues para algunos es un verdadero martirio.

La discusion anterior y práctica de los casos operados nos lleva á poder asegurar las verdaderas ventajas de la supresion de la sonda permanente post-operatoria en la uretrotomia interna; su inocuidad y sus éxitos la hacen un verdadero procedimiento de eleccion de capital importancia.

Con lo anterior y los veinte y dos casos operados en el año último y en el trascurso del corriente, de los cuales solo publicamos 10 ó 12 por no molestar mas al lector y solo el primero con la historia detallada segun el cuaderno que á cada enfermo se levanta en este servicio; llegamos á reasumir las verdaderas ventajas de la supresion de la sonda.

1º La hemorragia no es un accidente peligroso, no contraindicándola.

2º No es de temer la infiltracion.

3º Los accidentes sépticos no se producen con orinas asépticas.

4º La cicatriz es mas regular y menos retráctil.

5º Se conserva la forma triangular de la incision.

6º Hace mas fácil el manual operatorio suprimiendo un tiempo de la operacion.

7º Ella hace mas fácil el convencimiento del enfermo á practicar la uretrotomia, pues no es ni incómoda ni dolorosa.

Dos palabras mas sobre la manera de preparar el enfermo, manual operatorio y cuidados consecutivos.

Manera de preparar el enfermo. Lavajes vesicales con nitrato de plata al 1/1000 y 2/1000 y ácido bórico 4/100; salol al interior hasta obtener orinas claras (5 ó 6 dias antes de la operacion en general bastan); esto nos da la seguridad relativa de la asepticidad de las orinas ya que, hoy por hoy, no poseemos los medios como practicar aquí en el servicio el análisis bacteriológico. Dieta absoluta y purgante el dia antes de la operacion.

Manual operatorio. Nunca hemos usado la anestesia, en algunos casos sin embargo es útil, asepsia de la region, asepsia del canal con bicloruro de mercurio al 1/1000, lavaje vesical con nitrato de plata al 1/1000 y 2/1000 antes de introducir el uretrótomo Maisonneuve, que es el que usamos; una vez incindido el canal un copioso lavaje de bicloruro de hidrargirio al 1/10,000 y compresion algodonada del pene.

Cuidados consecutivos. Reposo, aunque varios casos operados en el consultorio externo que no han guardado cama no han sufrido accidente alguno, dieta láctea durante dos ó tres dias, lavaje uretral con bicloruro de mercurio al 1/1000 cada dos horas, el dia y siguiente de la operacion, salol al interior; solo en un caso hemos dado quinina.

A los 12 ó 15 dias principia la dilatacion.

CASO I

CISTITIS Y ESTRECHECES BLENORRAGICAS, Op.

L. S., 64 años, argentino, empleado, entra al servicio el 12 de Mayo á ocupar la cama núm. 22.

A. Conmemorativos. I. *Antecedentes hereditarios:* — Buenos.

II. *Antecedentes personales:* — 1ª Blenorragia y orquididimitis á los 18 años: á los 30 otra nueva, sin complicacion; á los 40 otra que aun le dura. En 1891 le fué practicada la talla hipogástrica extrayéndole un pequeño cálculo vesical de consistencia blanda; ha tenido reumatismo.

III. *Principio de la enfermedad:* — En Diciembre último empezó á sentir ardores á la miccion, esta es muy frecuente; orinas turbias, siendo tratado en el consultorio externo de una cistit s hasta Febrero último.

B. Estado actual. I *Miccion* — Cada media hora, más frecuente de noche que durante el dia, frecuencia que aumenta con el reposo, sin influenciarlo el movimiento y la vestacion.

II. *Dificultades en la miccion.* — Lenta, con esfuerzos al principio y al fin, fácil en cualquier posicion.

III. *Modificaciones del chorro.* — Fino, muy dividido, con proyeccion regular.

IV. *Dolor.* — Aparecen bruscamente los ardores antes de la miccion, el reposo los aumenta, no así el movimiento y la fatiga.

V. *Localizacion del dolor.* — En el pene, periné y sin irradiaciones.

VI. *Dolor provocado.* — A la palpacion no acusa sensacion, el cateterismo, y tacto rectal algo doloroso.

C. Orinas. — 1600 gramos en las 24 horas, 60 gramos en cada miccion, orinas turbias, con depósito purulento.

D. Exámen físico. — I. *Inspeccion de la esfera génito-urinaria.* — En el hipogastrio una cicatriz de ocho centímetros consecutiva á la talla, que ha relajado algo el ligamento suspensor del pene haciendo descender un poco los órganos genitales externos.

II. *Exploracion del canal.* — El explorador á bola num. 18 salva un anillo peniano y varios bulbares.

III. *Exploracion de la vejiga.* — Poco sensible al contacto, admite 160 gramos de líquido; la evacuacion por la sonda y la contractilidad, normal.

IV. *Próstata.* — Chica y dividida en dos lóbulos; consistencia normal.

V. *Testículos* y *cordones.* — En el T. D. un pequeño núcleo indurado.

Curso de la enfermedad

Este enfermo vino en Febrero al consultorio externo, tratándosele de una cistitis y empezando á dilatarse con el Beniqué núm. 32, llegando hasta el 46, pero viendo que las estrecheces no cedian despues de haberse repetido y ensayado varias veces los mismos números, se le aconseja que ingrese al servicio á fin de practicarle la uretrotomia interna.

Mayo 12. Lavaje vesical de nitrato de plata al 1 0/00. Salol al interior.

Mayo 13, 14, 15. Id., id., id.

Mayo 16. Lavaje vesical de nitrato de plata al 1 0/00, salol, purgante (sulfato de soda).

Mayo 17. Prévio lavaje vesical con nitrato de plata al 1 0/00 y 2 0/00 se practica la uretretomia interna sin dejar sonda permanente. Lavaje uretral de bicloruro de mercurio al 1 0/000 cada dos horas; temperatura de la mañana 36°6. A la tarde despues de la operacion 38°. Se le da sulfato de quinina, gramos 0.50. Orinas sanguinolentas. Dieta láctea. Reposo.

Mayo 18. Orinas más claras. Lavaje uretral con bicloruro de mercurio al 1 por 10.000 cada dos horas. Salol al interior. Temperatura á la mañana 36°8; á la tarde 37°.

Mayo 19. Las orinas están con un poco de depósito y más claras; siguen los lavajes uretrales, el salol y la dieta láctea. Reposo.

Mayo 20 y 21 Las orinas mejoran, el enfermo se levanta, solo continúa tomando salol.

Junio 1°. Empieza la dilatacion con las bujias cónicas olivares núms. 15 y 16.

Junio	4	Bujias	16 y 17.
»	6	»	17 » 18.
»	8	»	18 » 19.
»	11	»	19 » 20.
»	13	»	20 » 21.
»	15	Beniqué	42 43 44.
»	18	»	44 45 46.
»	19	Pasa al consultorio externo.	
»	20	Beniqué	46 47 48.
«	22	»	48 49 50.

Junio	25	Ultzman	25 y 26.
»	27	»	25 y 27.
»	29	»	27 y 28 con muy poca dificultad, sangra un poco.
Julio	2	»	27 » 28 con facilidad y sin sangrar.
»	4	»	28 » 29.
»	6	»	28 » 29.
»	11	»	29 » 30.

Dado de alta.

Cistitis y estrecheces blenorrágicas. Op.

J. C., 25 años, italiano, jornalero. El 3 de Febrero de 1894 ocupa la cama núm 21. Antecedentes sifilíticos: siete blenorragias anteriores; la actual data de mes y medio.

Hace cuatro años que tiene orinas sucias, á veces sanguinolentas, miccion cada cuarto de hora con esfuerzos y dolor al principio; estos últimos el enfermo clasifica de ardores, los localiza en el hipogastrio y pene con irradiaciones lumbares, orinando con chorro fino, chato y contorneado y de pequeña proyeccion. Cateterismo doloroso.

Exámen del canal. — El explorador á bola núm. 26 salva un rosario de anillos en la porcion peniana y escrotal, deteniéndose á la entrada del bulbo; el 19 salva con mucha dificultad dos anillos en ese punto. La vejiga no es sensible al contacto, esta exploracion se hace el 18 de Marzo despues de haber tratado la cistitis con instilaciones de nitrato de plata diarias, supositorios morfinados, baños de asiento, etc.

Empieza á dilatarse con el Beniqué núm. 30, alternando con las instilaciones, llega al núm. 34, se desciende y se repiten estos números varias veces sin poder avanzar la dilatacion. El 2 de Abril se practica la uretrotomia interna sin sonda permanente post-operatoria. Temperatura de la mañana—dia de la operacion—36°6; por la noche 37°; al dia siguiente lo mismo, y así continúa normal. Abril 18: principia la dilatacion con las bujias 15 y 16, concluyéndola sin accidente alguno y con facilidad.

III. **Estrecheces blenorrágicas.** Op.

L. Q., ocupa la cama núm. 19 el 26 de Febrero de 1894, argentino, 21 años, empleado, tuvo la primera blenorragia hace un año, la segunda hace cuatro meses. El 12 de Febrero siente ardores al principio de la miccion, que es muy frecuente, con esfuerzos al principio. Chorro bifurcado y en tirabuzon, con proyeccion normal; siente dolores localizados en el hipogastrio, pene y glande. Cateterismo muy doloroso.

El explorador á bola á núm. 17 salva una estrechez peniana, una escrotal y varias perineales; antes de esta exploracion solo permitió el canal fijar una bujia núm. 10, alcanzando la dilatacion hasta el Beniqué núm. 30, alternando con instilaciones de bicloruro de mercurio 1/3000; los Beniqués núm. 28, 29, 30 se repitieron siete veces sin poder avanzar. El 23 de Mayo prévia preparacion se hace la uretrotomia interna sin sonda permanente.

Temperatura por la mañana, 37° y por la tarde 37°2; Marzo 24: temperatura, 37° y 37°; despues sigue normal. El 7 de Abril empieza á dilatarse fácilmente alcanzando al Beniqué 48, sin continuar por no volver al consultorio.

IV. **Uretritis y estrecheces blenorrágicas**

V. B., 59 años, italiano, carrero, ocupa la cama núm. 15 el 11 de Marzo. En 1889, primera blenorragia que aun dura; en 1891, orqui-epididimitis (T D) y un abceso urinoso que se abrio en el lado derecho de las bolsas y que cicatrizó poco despues: en esta época se dilató hasta el Beniqué 34 Miccion frecuente cada hora, lenta, retardada, con esfuerzos al principio y fin, mas fácil sentado, de chorro delgado con poca proyeccion. Miccion dolorosa al principio y fin, no existiendo dolores en los intervalos, dolor localizado en el pene. Á la inspeccion de la esfera génito-urinaria presenta una cicatriz en la parte superior y derecha del escroto. El explorador á bola núm. 13 salva una série de anillos en las porciones penianas y escrotales.

Marzo 15. Se hace la uretrotomia interna sin dejar sonda; temperatura de la mañana 36°8, á la tarde 37°.

Marzo 16. Temperatura normal.

Marzo 17. Se presenta un edema en el prepucio que desaparece algo con unos pinchazos con la aguja de la jeringa Pravaz; temperatura, 36°6 por la mañana y 37°4 por la tarde.

Marzo 18. Ha disminuido el edema; temperatura de la mañana 36°6, por la tarde 37°2.

Marzo 19 Se quita la compresion con gaza y algodon que se habia hecho en el pene, habiendo desaparecido el edema; la temperatura normal. En Marzo 30 empieza la dilatacion, que concluye sin contratiempo ni accidente alguno.

V. **Estrecheces blenorrágicas filiformes—Incontinencia.** Op.

La cama núm. 12 el de Marzo de 1894, es ocupada por J. H., 30 años, italiano, sastre.—1ª. Blenorragia data de año y medio: duró dos meses, complicada con una orqui-epididimitis; la 2ª hace dos ó tres dias. Desde hace un año tiene miccion dificultosa y muy frecuente con incontinencia nocturna; con esfuerzos durante todo el tiempo de ella, chorro fino y bifurcado, de tan poca proyeccion, que se moja las ropas. Siente ardores contínuos en el pene y dolores en el hipogastrio. Palpacion y cateterismo doloroso

Despues de una inyeccion Ultzman se salva con una bujia filiforme núm. 3 una série de anillos en la porcion peniana y escrotal. Marzo 13: se fija una filiforme núm. 2 avanzando hasta la núm. 12, y despues de varias tentativas infructuosas de dilatacion, el 28 de Marzo se hace la uretrotomia interna sin sonda fija; temperatura de la mañana 36°6, tarde 36°8, despues continúa normal. La incontinencia ha disminuido mucho, lo mismo que la

frecuencia. Siguiendo la costumbre del servicio de pasar los estrecho uretrotomizados al consultorio, despues de varios dias de observacion fué dado de alta sin presentarse á continuar su tratamiento.

VI. **Estrecheces blenorrágicas elásticas.** U. I.

L. C., 28 años, chileno, peon, entra á ocupar la cama núm. 12 el 29 de Mayo de 1894. Ultima y 1ª blenorragia: hace tres años que ha tratado con inyecciones de sulfato de zinc sin resultado. Miccion dificultosa, poco frecuente, con chorro casi normal, dolores y ardores durante todo el tiempo de ella en el trayecto de la uretra peniana, que es dolorosa á la palpacion y cateterismo. Meato doble en 8 de cifra, continuando la uretra dividida en la extension de un centímetro sin comunicacion alguna. El explorador núm. 20 salva varias estrecheces perineales, deteniéndose á nivel del bulbo, donde no pasa sinó el núm. 19. Vejiga insensible al contacto. En Mayo 31 empieza á dilatarse con el Beniqué 34 hasta llegar al núm. 48, no pudiendo avanzar, se explora nuevamente y se desciende hasta el Beniqué 40, avanza hasta el núm. 50, repitiéndose varias veces este número sin lograr adelantar y sangrando el canal con gran facilidad. Decidida la uretrotomia interna se le practica el 18 de Julio sin fijar sonda, al mismo tiempo que se incinde el tabique que dividia la uretra; temperatura por la mañana del dia de la operacion 36°3, por la noche 37°, despues continúa normal. En Agosto 2 principia á dilatarse sin dificultad hasta el Ultzman 27 y 28, que se repite varias veces, siendo dado de alta en Setiembre 12.

VII. **Estrecheces múltiples de la uretra—Cistitis—U. Interna**

El 10 de Junio J. B., 51 años, italiano, jornalero, ocupa la cama núm. 3. La 1ª blenorragia data de ha 22 años, la 2ª de diez ó doce dias; siente dificultosa la miccion desde hace cinco ó seis años, habiéndose hecho dilatar hasta el Beniqué núm. 36 el año último; actualmente orina á gotas diez y ocho ó veinte veces en el dia y otras tantas durante la noche, con esfuerzos durante todo el tiempo y con dolores al principio de la miccion localizados en la uretra peniana, todo lo que disminuye con el reposo.—Estrecheces múltiples de todo el canal que deja solo pasar la filiforme núm. 5, que se deja permanente llegando hasta el núm. 12. En Junio 7 empieza la dilatacion con Beniqué y despues de varias tentativas se desciende en Junio 21 hasta la filiforme núm. 10, llegando á pasar la bujia núm. 14 sin poder adelantar, habiendo repetido varias veces los mismos números. El 2 de Julio se le practica la uretrotomia interna sin colocar la sonda permanente; temperatura de la mañana 36°8, por la noche 37°, luego sigue normal. El 16 de Julio principia la dilatacion, que llega hasta el Beniqué núm. 50, y habiéndosele dado el alta, no se presenta mas al consultorio, como se le habia ordenado.

VIII. **Estrecheces elásticas.** Op.

A. B., 31 años, español, almacenero, ingresa á ocupar la cama número 17 el 16 de Julio; antigua blenorragia de dos años, que ha sido tratada en el consultorio lo mismo que las estrecheces durante varios meses, consiguiendo pasar el Uitzman número 27: disminuyendo algo sus dolencias no continúa el tratamiento hasta que hace varios dias, habiéndosele interrumpido el chorro bruscamente y una uretrorragia, se presentó nuevamente al consultorio donde despues de varias tentativas infructuosas de dilatacion se le aconseja ingrese á la sala á fin de practicarle la uretrotomia interna, que se hace el 21 de Julio sin dejar sonda fija.

Miccion poco frecuente con esfuerzos al principio y dolores al final localizados en el cuello vesical. El explorador á bola número 20 encuentra un anillo peniano á tres centímetros debajo del meato, que se nota á la palpacion. Vejiga poco dolorosa al contacto, admite 350 gramos, contractilidad exagerada. Existen muchos filamentos en la primera copa. Temperatura el dia de la operacion 36°6, por la noche 37°2, despues normal.

El 8 de Agosto empieza á dilatarse, concluyendo el 10 de Setiembre. Se le hacen varios lavajes vesicales de nitrato de plata y varias instilaciones de bicloruro de hidrargirio al 1/3000 y de nitrato de plata al 2 % hasta que se le da de alta el 21 de Setiembre. En Febrero de este año he examinado este enfermo nuevamente persiste algo de anillo peniano, que deja pasar con facilidad un explorador número 27, en esta época se le hace una nueva dilatacion hasta el Beniqué 60, con suma facilidad.

IX.—**Uretritis anterior y posterior.—Estrecheces filiformes de la uretra**

El 28 de Julio del 94, entra á ocupar la cama número 10 el enfermo F. T., de 38 años, español, carpintero. Tres blenorragias anteriores, la primera hace 15 años, la segunda 3: por esta época se le hizo dilatacion en el servicio de cirugia de este hospital, operándole de una fistula uretroperineal con feliz éxito; la tercera blenorragia data de 15 dias, tiene filamentos en las copas, orinas algo turbias, miccion tres ó cuatro veces en el dia, dos ó tres durante la noche, con esfuerzos y dolores al principio, chorro fino de poca proyeccion, cateterismo sumamente doloroso, dolores localizados en la uretra peniana. Presenta dos cicatrices en la region perineal y otra en el pliegue inguinal derecho, consecutiva á una adenitis supurada.

El explorador á bola número 79, se detiene en la uretra peniana á dos centímetros detrás del meato; el 14 salva este anillo y deteniéndose en la uretra escrotal por donde no pasa sino la bujia número 9 que tambien se detiene en el bulto salvando un anillo en esta porcion una filiforme número 7. Vejiga sensible al contacto. Se fija la filiforme 7 en Julio 31, alcanzando hasta el Beniqué 39 en Agosto 24: estos últimos pasan con dificultad: se desciende y despues varias repeticiones infructuosas se practi-

ca la uretrotomia interna el 2 de Setiembre. Temperatura 36°6 y por la tarde 37°: el 3 de Setiembre hay un poco de cistitis, las orinas se presentan mas turbias, no hay fiebre. El 14 de Setiembre empieza la dilatacion, que se hace con facilidad, salvo en los números altos que avanza con lentitud.

X. **Estrecheces elásticas**

J. M., 30 años, belga, jornalero, entra á ocupar la cama número 24, el 1° de Noviembre. Hace 7 años tuvo la primera blenorragia; ingresa al hospital con una retencion de orina, miccion dificultosa, con algun esfuerzo, chorro filiforme, á veces se hace mas grueso. El explorador á bola número 15 salva un anillo á un centímetro detrás del meato y otro en la porcion peniana y se detiene en la porcion escrotal, anillo que salva lo mismo que otros en la porcion bulbar la bujia cónica olivar número 13. En la region peniana un orificio pequeño fistuloso. Vejiga poco sensible al contacto, admite 150 gramos. Se le hacen lavajes vesicales con nitrato de plata 1/1000 y empieza en Noviembre 3 á dilatarse con el Beniqué 24, llegando hasta el 30. El 9 de Noviembre no puede pasar los Beniqué y tiene una nueva retencion se le coloca una sonda filiforme número 8. El 14 de Noviembre se practica la uretrotomia interna sin dejar sonda fija: temperatura por la mañana 36°6, por la noche 36°8; al dia siguiente: temperatura por la mañana 36°6, por la noche 37°. Así continúa normal; el 30 de Noviembre empieza la dilatacion, que alcanza hasta el 48 Beniqué.

XI. **Estrecheces filiformes**

F. D., 42 años, francés, empleado, entra el 4 de Noviembre á la cama número 3. Primera blenorragia hacen 6 años, mas tarde dos mas, la última hace año y medio, chorro fino, miccion dificultosa y dolorosa, frecuente 7 á 8 veces en el dia 3 ó 4 en la noche, dolores al fin localizados en el hipogastrio y flancos, orinas claras y sin filamentos. El explorador á bola número 14 se detiene en la porcion peniana, la bujia filiforme número 9 se detiene en un anillo de la porcion escrotal que salva la filiforme número 3. Vejiga poco sensible.

Noviembre 5. Se fija la bujia filiforme número 3, se sigue colocando bujias permanentes hasta alcanzar á pasar con suma dificultad el Beniqué 24, y sin poder avanzar la dilatacion y despues de varias tentativas sin resultado se le practica la uretrotomia interna sin sonda permanente post-operatoria el 25 de Noviembre. Empieza la dilatacion en Diciembre 12 y la concluye sin accidente alguno digno de mencionar el 14 de Enero con el Beniqué 60.

XII. **Estrecheces blenorragicas.—Uretrotomia**

P. S., 30 años, tipógrafo, argentino, constitucion general buena, entra á ocupar la cama número 3, el 16 de Noviembre de 1894: la primera blenorragia le duró seis meses y la tuvo hace 5 años, la segunda hace dos años

y aun le dura: ha tenido una orqui-epididimitis. Desde mas de un año nota el chorro mas fino, bifurcado y en tirabuzon, orinando con ardor al final y esfuerzos al principio y final, miccion poco frecuente y poco retardada. Meato muy estrecho; en el epididimo derecho un núcleo indurado. El explorador á bola número 16 pasa con dificultad el nuestro, salva un anillo detrás de él y varios en la porcion peniana · deteniéndose al principio de a porciones crotal; el número 13 salva un anillo á esta altura y varios bulbares. Vejiga poco sensible al contacto. Orinas poco turbias. Filamentos en las dos copas. Se le hace tratamiento apropiado y empieza á dilatarse empezando con el Beniqué 24, alcanzando hasta el 30; el meato sangra con suma facilidad, haciendo el cateterismo muy doloroso; el 3 de Noviembre se le practica la uretrotomia con dos puntos de sutura que se retiran el 26; continúa la dilatacion hasta el 24 Beniqué que pasa con dificultad, se desciende hasta el 30 avanza nuevamente de 34 sin ceder el canal; se le prepara y se practica la uretrotomia interna sin colocar sonda fija despues de la operacion; el 14 de Diciembre, temperatura de la mañana 36°8, por la tarde 37°2, despues sigue normal. El 31 de Diciembre empieza la dilatacion, que sigue sin accidente alguno salvo en los números altos que avanza despacio.

CASOS CLÍNICOS

Sífilis terciaria precoz—Sífilis cerebral—Esclerosis pulmonar y dextrocardia

Hospital Rawson — Servicio del Dr. Inurrigarro

Ricardo Miranda, brasilero, 20 años de edad, soltero, de temperamento linfático y constitucion débil.

Cuando nosotros lo examinamos tenia una hemiplegia izquierda típica, no muy acentuada, con parálisis del facial, de la mejilla del mismo lado, comprendiendo un poco el párpado inferior; el párpado superior y la region superciliar, normales. Fumaba lijeramente la pipa; la lengua algo desviada hácia la derecha. No habia desigualdad de las pupilas, pero ambas reaccionaban con pereza; tosia con frecuencia expectorando poco, presentando además los síntomas de una esclerosis pulmonar en el lado derecho y fenómenos que podian referirse á una tuberculosis en su primer período, en el

vértice izquierdo. Habia leucoplaquia en toda la piel. Por otra parte, tenia dificultad para hablar, regular apetito, facilidad en la digestion, orinando y moviendo el vientre normalmente. Podia caminar apoyándose en un baston, arrastrando siempre el pié, y lo que mas lo incomodaba era un fuerte dolor de cabeza situado en la region fronto-parietal derecha, dolor que aumentaba de noche. El corazon se hallaba hácia la derecha, como lo demuestra el trazado de la percusion que acompaño (1). Los tonos cardíacos se oian alejados sin que revelasen algo anormal en los orificios. No habia frotes. El pulso pequeño. No refiere antecedentes hereditarios ni colaterales, pero sí, que cuando niño tuvo sarampion; blenorragia á los 18 años y que hace como 15 meses tuvo un chancro duro, el que fué mas tarde acompañado de infarto ganglionar, erupciones sifilíticas de la piel, alopecia y placas mucosas en la boca. Partidario de la revolucion de Rio Grande, se embarcó con Mello en uno de los buques de la escuadra, y allí sufriendo privaciones, mojaduras y emociones de toda especie, no se preocupaba mucho ni le permitian cuidarse de su enfermedad. Cuando la escuadra brasilera se entregó, él se encontraba entre los individuos que trajo aquí Saldanha da Gama. Una vez en tierra, fué conducido al hospital en el que fué tratado convenientemente hasta el momento en que yo lo ví. Me dijeron que cuando entró se encontraba extenuado, que no podia hablar ni moverse; tenia la hemiplegia sumamente acentuada; fumaba la pipa; habia una gran paresia del facial de la mejilla fuertes dolores de cabeza y constipacion. Merced al tratamiento hidrargírico, iodurada y tónico pudo levantarse y hallarse en el estado que anteriormente he dicho que le encontré. Continuó con los tónicos, con hierro, con ioduro de potasio y ungüento mercurial hasta alcanzar la dósis de 7 y 8 gramos respectivamente. Este enfermo continuó su mejoria al grado que ya podia caminar por los corredores y jardines del hospital, pero un buen dia la cefalalgia se acentuó de una manera brusca é inopinada; el pulso ya no se siente, tiene más dificultad para hablar; no puede mover la mano ni la pierna, y lo mismo la mejilla; la lengua se desvia más y traga

(1) Por inconvenientes de última hora no se acompaña este trazado; la matitez cardíaca va desde un poco fuera del borde esternal izquierdo hasta casi la línea mamelonar derecha.

con dificultad los líquidos que se le dan con una cuchara. La tos aumenta, acompañada de dolor en el lado derecho del tórax tiene fiebre y disnea. Examinado nuevamente se encuentra en el pulmon derecho, un sonido submate, las vibraciones torácicas disminuidas y el murmullo vesicular sumamente alejado, rales y soplos diseminados. En el izquierdo se perciben los fenómenos de tuberculosis consignados ya. Hay hemianestesia izquierda y una pereza de la sensibilidad del lado derecho. Se le aplican cáusticos en la cabeza, hielo; se le dá mercurio en inyecciones hipodérmicas para aprovechar otra nueva via de absorcion. Más tarde como se encontraba peor se le dá la pocion de Zittman, pero el decaimiento continúa y todos los síntomas se acentúan, habiendo necesidad de recurrir á las inyecciones de éter y cafeina, todo sin eficacia, pues el corazon no reacciona; el cerebro no responde á la medicacion; va perdiendo la vida paso á paso, de una manera lenta y contínua, sin manifestaciones externas.

Autopsia.—Al hacer la autopsia se procedió de la siguiente manera: se incindió la piel en todo el trayecto marcado por la línea de percusion del corazon, pero en mayor extension; luego las partes blandas y las costillas. El pericardio una vez abierto, dejó ver que su pared izquierda estaba tensa; el borde anterior se insertaba en el esternon quedando á la manera de tabique, y la pared derecha ocupaba en esto lado del tórax una posicion bastante parecida á la que ocupa normalmente en el lado izquierdo. Habia un poco de líquido. El ventrículo derecho formaba la cara anterior en su mayor parte; el izquierdo estaba representado por una lengüeta que se escondia detrás del esternon ocupando una especie de infundibulum formado por el pericardio hácia abajo y á la izquierda. La punta se hallaba en la union de la línea para-esternal derecha y 6º cartílago costal derecho; el corazon habia sufrido una lijera rotacion hácia atrás y á la derecha. Las pleuras estaban lisas, pero engrosadas. El pulmon izquierdo tenia lesiones de tuberculosis en el 1er período en el vértice y en el resto nada de particular. El pulmon derecho era presa de una esclerosis que se manifestaba por la mayor consistencia, por estar retraido y por presentar al corte una coloracion rojo-oscura, poca permeabilidad al aire y poca cantidad de sangre. Los bronquios estaban dilatados. Los lóbulos pulmonares tan adheridos entre sí que apenas se

podian distinguir los dos surcos de separacion. Los otros órganos de la cavidad torácica estaban sin alteracion alguna apreciable y su situacion y relaciones anatómicas enteramente normales. Los órganos del abdómen tampoco habian sufrido alteraciones. En el hígado y en el diafragma se veian algunos gomas. Las meninges no estaban alteradas, pero sí contenian bastante líquido de edema. El encéfalo presentaba alteraciones bastante notables; en la region fronto-parietal derecha habia muchos gomas sifilíticos. La extension de esta lesion era muy grande, abarcando los núcleos grises. En el piso del 4º ventrículo se encontraba una vegetacion del tamaño de un garbanzo, bien limitada y casi pediculada.

Este caso es interesante por varios conceptos. Bajo el punto de vista de la infeccion sifilítica, es digno de notarse que, á pesar de ser una sífilis de invasion reciente, se hayan producido fenómenos graves del período terciario, tanto más cuanto que el enfermo ha vivido en un país cálido, condicion que favorece una evolucion lenta y benigna de la enfermedad. Además, hay gomas cerebrales, localizacion rara porque, como es sabido, la más habitual es en las arterias y meninges.

¿Cuál habrá sido, pues, la causa de que la sífilis haya evolucionado de la manera tan rápida y en la forma que lo ha hecho en este enfermo? Es indudable que la vida agitada que llevó durante la revolucion ha ejercido considerable influencia. El enfermo sufrió indudablemente sinnúmero de emociones violentas, mojaduras, privaciones de toda clase, y que, abatido física y moralmente, ni siquiera trató debidamente su enfermedad.

En cuanto á las lesiones pulmonares, motivo por el cual referí esta historia á continuacion del caso presentado á la Sociedad Médica por el Dr. Araoz Alfaro, ellas se prestan á la siguiente explicacion:

El engrosamiento de la pleura izquierda y las adherencias de este lado, pueden referirse á una antigua pleuresia con derrame, cuya época no es posible precisar. El enfermo no dá, al respecto, antecedente alguno, lo que no debe extrañar, puesto que sus facultades intelectuales estaban tan sériamente afectadas. Nada más lógico, pues, que aceptar que el

corazon haya sido rechazado hácia el lado derecho por el derrame, y que es esta desviacion transitoria la que despues se ha vuelto definitiva á causa de la esclerosis pulmonar sobrevenida, con la consiguiente retraccion y disminucion de volúmen del órgano.

BIBLIOGRAFIA

Maternidad del Hospital Rivadavia. — CONSIDERACIONES SOBRE EL MOVIMIENTO HABIDO DURANTE EL AÑO 1894, POR SATURNINO SALCEDO, INTERNO DEL SERVICIO.

La plausible tarea que se ha impuesto y realizado el señor Salcedo hace mas notable aun la falta de trabajos semejantes, emprendidos en los diversos servicios y que tan útiles son para el médico y el estudiante; hasta ahora, la Maternidad del Hospital Rivadavia no habia suministrado jamás al público médico una estadística razonada de su movimiento.

Dejando aparte datos demográficos de menor importancia, nos limitaremos á los de mayor interés del punto de vista profesional.

552 partos han ocurrido durante el año, de los cuales, 516 á término y 36 antes de él (14 : 1); de esos 36, 13 han sido abortos y 23 partos prematuros; la mayoria de los abortos (10) corresponden á enfermas entradas de la calle en trabajo.

De los partos á término 7 fueron gemelares; de los prematuros 2. Total de primigestas, 278; de multigestas, 274.

Las presentaciones han sido: 525 de vértice (95 %), 21 de pélvis (3.8 %), 4 de tronco y 1 de cara; no entraremos en el detalle de este estudio, notando solamente que las mutaciones han sido frecuentes.

Al estudiar la mortalidad infantil, el autor demuestra cómo las embarazadas llegadas al servicio en trabajo avanzado, suministran por sí solas mas de la mitad de la mortalidad en los niños. Son realmente grandes los perjuicios que la falta de preparación y de conciencia de parteras y médicos ocasionan con frecuencia en el público. « Aplicaciones de forceps cuyas huellas se dejan ver, no solo sobre la cabeza del feto sino sobre las paredes vaginales y del cuello del útero; versiones desgraciadas, discernidas sin criterio, que encajan el feto en diá-

metros imposibles de franquear; niños á medio extraer, administracion del cornezuelo de centeno al principio del trabajo para acelerar el parto, etc., etc., tal es, en resúmen, la triste obra, dice el autor, á que tenemos que poner fin, por desgracia con demasiada frecuencia.» Los 18 fetos muertos se descomponen de este modo: abortos 3, partos prematuros 6, intervenciones 6, sífilis 2, macerado 1.

Entre las complicaciones del parto, el autor estudia detenidamente como las mas frecuentes la eclampcia, las hemorragias, las rupturas del periné.

Salcedo se detiene en el estudio de las conformaciones pelvianas, y llega á las siguientes conclusiones:

Las pelvis raquíticas son una verdadera rareza.

Las pelvis de diámetro por debajo de la normal no son pelvis viciadas sinó pelvis de mujeres que no han completado aún su desarrollo. En la mayoría de éstas, el mecanismo del parto es normal y se termina espontáneamente.

A mujeres jóvenes, de pelvis reducidas, corresponden casi siempre fetos de pequeñas dimensiones, aunque llegados á término.

En las pelvis de pequeñas dimensiones, el encaje del ovoide cefálico se produce como de ordinario, los diámetros del feto siendo proporcionales á los de la madre.

Las intervenciones por estrecheces pelvianas son excepcionales. Algunas de estas proposiciones, la primera sobre todo, parecen en contradiccion con las observaciones de otros parteros distinguidos, el doctor Lagarde, por ejemplo; ya se encargarán ellos de dilucidar la cuestion debidamente, debiendo solo felicitarnos de que la publicacion origine la controversia.

La Maternidad del Hospital Rivadavia es muy parca en operaciones graves (25 aplicaciones de forceps, 10 versiones, 1 embriotomia, 1 histerotomia abdominal, 3 provocaciones de parto), y este hecho ha sido tambien notado como una crítica á otros servicios en que al decir de algunos, se operaba demasiado. No es posible, nos parece hacer esas afirmaciones en tésis general, pero ya que el trabajo de Salcedo trae la historia completa de las enfermas operadas, los especialistas podrán estudiarlas con fruto y compararlas con los casos similares publicados por el doctor Lagarde, partero del Hospital San Roque. De todo esto, repetimos, no puede resultar sino bene-

ficio y aunque el trabajo de Salcedo no sea de ninguna manera destinado á combatir opiniones ajenas, debe lógicamente despertar la discusion.

Haremos notar, desde ya, que á la Maternidad de San Roque, menos conocida del público, ingresan en una proporcion mucho mayor que al Rivadavia, enfermas en trabajo dictósico remitidas por ese mismo hecho, por los médicos seccionales; no es extraño pues, que proporcionalmente tambien, tenga que ser mayor el número de operadas.

En todo caso, trabajos como el que analizamos, prolijamente realizados, son sumamente útiles y debemos esperar que el jefe de la Maternidad oficial hará continuar en los años venideros la obra de su laborioso practicante actual.

G. A. A.

Tratado de medicina de Charcot, Bouchard y Brissaud.—Traduccion española dirigida por el doctor Rafael Ulecia y Cardona, tomo VII.

Nuestro distinguido corresponsal en Madrid y director de este trabajo, ha tenido la fineza de enviarnos el último tomo que corresponde á la segunda mitad del 6º tomo francés.

La traducción de este volúmen es tan esmerada como la de los anteriores y nos felicitamos de que se haya terminado en tan breve plazo obra tan importante como la version á nuestro idioma del gran tratado de medicina.

Nuestros lectores que conocian el tratado en francés, podrán apreciar la utilidad de esta traduccion, y lamentamos que la falta de espacio nos impida publicar todo el índice de este último tomo que completa la obra emprendida por la progresista *Revista de Medicina y Cirujía Prácticas.* (Preciados, 33, Madrid).

Filosofia de la esperanza.—El pesimismo práctico por *Cárlos Baires.*—Con este título acaba de aparecer una obra de índole esencialmente filosófica, escrita por el Dr. Cárlos Baires, distinguido jóven que en breve se recibirá de abogado; constituye éste la primera parte de una obra de vasta trascendencia.

Es un trabajo de mucho mérito y aliento que indica en su jóven autor condiciones poco comunes de observación y de buen criterio.

Reciba el Sr. Baires nuestros parabienes.

Año XVIII — 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 11

Anales del Círculo Médico Argentino

JUNIO 15 DE 1895

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ANTITOXINAS

SUERO ANTIDIFTÉRICO

Por el **Dr. Federico Susviela Guarch**

Señores:

En la labor médica, como en el trabajo más humilde, cabe la colaboracion de todos, y cada uno de los que guardan en su pecho la llama á cuyo calor siguieron la hermosa carrera, no puede dejar de concurrir á la tarea comun, por débil que parezca su esfuerzo, cuando éste viene á ser requerido por el Círculo Médico. De ahí que yo me permita querer ocupar vuestra benevolencia, con nada nuevo ni original por cierto, pero sí relacionado con importantes cuestiones destinadas á ser desarrolladas y acaso resueltas en el porvenir de nuestros estudios.

Señores:

Entre las actividades del espíritu humano, se destaca la actividad médica en los últimos decenios y principalmente en el pasado, con una suma de progresos, digna de ser contemplada, no con orgullo inmoderado, pero sí como una de las compensaciones más estimulantes para el porvenir de la ciencia médica, de la ciencia que puede ser considerada como la esencia misma de la humanidad, por estar destinada á mantenerla y conservarla en medio de los progresos á que parece hoy definitivamente encaminada.

Lejos de mi ánimo pasar en revista los progresos de la medicina, y sobre todo los adelantos obtenidos á favor de las aplicaciones de las experiencias física y química. Sería para

esto necesario recordar la nocion anatómica objetiva ganada por el estudio histológico en las alteraciones orgánicas; pensar en la seguridad de los medios actuales de diagnóstico; contemplar los resultados de la antisepsia y los de su transformacion en asepsia, el tratamiento por el iodoformo, la isquiemia artificial por los medios de Esmarch, la sutura de los nervios y tendones, la reseccion de los nervios en las neuralgias, las extirpaciones de la laringe, las resecciones de la faringe y del esófago, las extirpaciones vaginales del útero, resecciones y hasta la total extirpacion del estómago, las operaciones plásticas del píloro, y las resecciones intestinales, las operaciones de la vesícula biliar, las operaciones renales, el mejoramiento de la ortopedia y las operaciones del cerebro, que coronan los esfuerzos de la cirugía, cuyo escalpelo parece destinado á dividir hasta la unidad preconizada del alma humana.

Nos seria tambien necesario pensar en los trabajos histológicos sobre supuracion, cicatrizacion, trombosis y neoplasmas, descubrimiento de la actinomicosis, progresos en el estudio de la actinomicosis y de la tuberculosis de los huesos y articulaciones.

Pero tratándose de las enfermedades infecciosas, y de la manera de apreciárselas en el estado actual, preciso es preguntarnos: ¿cuál ha sido la causa segura y verdadera de tanto adelanto?

Reconociéndola en el pensamiento anatómico que empieza á dominar desde el cuarto decenio de este siglo, fácilmente podremos explicarnos todos los progresos realizados.

Hasta esa época, habian prevalecido en la ciencia médica, lo mismo que en las ciencias naturales, las deducciones abstractas de la filosofía por entonces reinante, y la medicina sintomática se alejaba de todo asiento anatómico de las enfermedades.

«Desde entonces la necesidad de pensar de una manera anatómica, convertida en costumbre (1) en el reconocimiento de los enfermos, es el punto en el cual se distingue el tiempo moderno del pasado.»

La anatomía patológica, que en su desarrollo pasa de Francia á Viena, se limita preferentemente á la anatomía macros-

(1) C. A. Wanderlich, *Geschichte der Medicin*, 1859.

cópica y adquiere más tarde en Alemania un verdadero progreso con el uso del microscopio.

Introducido este instrumento por Malpighi (1694) en la ciencia, permaneció por largo tiempo incompleto; hasta el comienzo de nuestro siglo se usaba el microscopio sin diafragmas (1).

Corresponde á Johannes Müller la gloria de haberlo introducido en la medicina dando lugar á los éxitos felices de Schwann y de Virchow.

El pensamiento anatómico, pues, funda con Virchow la anatomia patológica como una de las columnas más poderosas é importantes de la fisiologia patológica, que empieza á desarrollar Conheim como las bases de la verdadera patologia.

Sin embargo, la idea de localizacion hizo considerar una série de enfermedades infecciosas como gastro-enteritis; la fiebre intermitente, como una esplenites, los exantemas agudos como inflamaciones de la piel, la misma tísis y la fiebre puerperal tratóse de encerrarlas en unidades anatómicas (2).

Bajo este punto de vista, la anatomia patológica se alejaba de la patologia alejándose del concepto de causa. Al determinar la patologia celular bajo la influencia de Virchow el sitio y esencia de los progresos morbosos en los últimos elementos, en las células, quedó siempre abierta la cuestion causa de las enfermedades infecciosas. ¿Cómo extrañar, pues, que las bacterias apenas se consideren por el decenio del 70, y no desempeñaran papel alguno en la patologia?

Sin duda la idea del «contagium vivum» existia ya con Henle, y los hechos de la fitopatologia y las enfermedades del gusano de seda, inducian á las analogias más naturales respecto de la fisiologia humana, sin que de ellas nada se dedujera.

Puede decirse que este ramo que habia de aclarar la etiologia de un gran número de enfermedades, yacia solo en el dominio de la botánica y aun asimismo en esta sin órden ni clasificacion. Mientras Cohn sostenia la constancia de las

---

(1) VIRCHOW, *Celular-Patollogie*, 18 .

(2) LIEBERMEISTER, *Einleitung zuckier Infeccions*. KRANKEITEN, *Handbuch der speciellen Pathologie & Therapie*.

especies, pugnaba Nägeli, por la opinion opuesta (1). «Si mi opinion, manifiesta Nägeli, es verdadera en lo que se refiere á los esquisomisetes, cada especie toma diversas formas fisiológicas y morfológicas en el transcurso del tiempo, ocasionando ya la acidez de la leche, ya la descomposicion del vino, ya la putrefaccion de las materias albuminoideas, ya la descomposicion de la orina, ya tifus, difteria, fiebre intermitente, cólera, etc., etc. Una cultura pura y única la consideraba Nägeli como imposible.

Cabe á Roberto Koch la gloria de haber resuelto este problema, con la preparacion de las culturas puras, á favor de los líquidos secretados por el cuerpo, en el carbunclo, en la septicemia, en la tuberculosis, por medio de los alimentos nutritivos sólidos. Tan gloriosos y geniales como fueran los trabajos iniciales de Pasteur, es indudable que por sus aplicaciones de análisis largos y difíciles en los medios líquidos, hubiérase llegado muy difícilmente á los resultados obtenidos hoy por la bacteriologia.

Desde este momento ha podido decirse que un mundo nuevo se abria á la investigacion, íntimamente relacionada con las causas de las enfermedades infecciosas. Ha podido confirmarse el concepto de estas enfermedades determinado por Bretonneau.

«Je le repete donc encore: un germe spécial probe a chaque contagion donne naissance à chaque maladie contagieuse. Les pléaux epidemiques ne sont engendrés, dissiminés que par leur germe réproducteur; de tout temps toutes les langues l'on dit (1)».

Con razon exclama Behring (2): «Desde este momento ha podido hacerse una verdadera ciencia de la etiologia de las enfermedades infecciosas.» Ocupándose este autor de la transformacion actual en la consideracion de las enfermedades infecciosas, establece los criterios para la clasificacion etiológica de una enfermedad infecciosa en los siguientes términos: «En lo que se refiere á una enfermedad infecciosa, contamos con los siguientes medios de ayuda: 1º El reconocimiento clínico. 2º El resultado microscópico

(1) Hueppe, *Die Formen der bacterien* etc. 1886, núm. 21.

(2) *Deutsche, Med. Wochenschrifh*, 1894.

de la autópsia. 3º La investigacion microscópica de los tejidos y las culturas con los materiales procedentes de los jugos segregados y de las partes del cuerpo alteradas. 4º La investigaciones de la sangre respecto de un contenido eventual de venenos específicos. 5º Las conclusiones que pueden deducirse juzgando cada caso. 6º La consideracion del carácter epidemiológico de la enfermedad. »

Se dan enfermedades en las cuales uno solo de estos criterios basta para diagnosticar el caso. Para un caso típico de neumonia, difteria, cólera, escarlatina, para el tétano, el sarampion y la sífilis y para muchas otras enfermedades infecciosas, no habrá necesidad de otros medios de diagnóstico que los que están á nuestra disposicion por la vieja enseñanza clínica. « Pero existen otras enfermedades, por ejemplo, las afecciones tifoideas, la influenza, muchas formas de malaria, muchas afecciones tuberculosas, las meningitis y las inflamaciones de las cubiertas serosas en las cavidades pectorales y abdominales, que solo pueden rara vez ser reconocidas á primera vista, y que requieren más bien una larga observacion, el estudio de las condiciones epidemiológicas los resultados de la autópsia, el estudio microscópico y el experimento en los animales para fijar una conclusion definitiva. De la educacion de cada médico resultará la combinacion preferida entre estos síntomas para cada caso especial pero nadie desconocerá las dificultades que ocurririan á cada uno, por más que se trate de un afamado clínico, si no se halla en posesion del conocimiento del microscopio, del de las culturas y de la experimentacion en el animal. ¿Quién podria hoy evitar el microscopio para reconocer una tuberculosis inicial, el experimento animal para diagnosticar la pústula maligna y el muermo, así coma las culturas para evidenciar el cólera y la difteria?

« Con todo, pueden darse casos de insuficiencia de todos estos medios de diagnóstico, como sucede en el tétano, en el animal, por medio del virus tetánico contenido en la sangre. Tenemos aquí una reaccion química en la cual sirve de reactivo un cuerpo animal vivo. »

Por fin, menciona tambien Behring la inmunidad adquiri-

(1) Behring, *Deutsche med. Wochenschritft*. 1894.

da como medio de diagnóstico en la forma admitida por R. Pfeiffer para el diagnóstico del cólera, en presencia de las bacterias análogas del agua, cuestion que ocupa hoy con gran interés.

Se ha visto que los conejillos de la India hechos refractarios para el bacillus del cólera, no son refractarios á los microorganismos análogos al cólera. Se usan hoy en consecuencia, conejillos inmunizados contra el cólera como reactivo. La inmunidad puede concederse de una manera rápida y segura, inoculando á un conejillo un suero procedente de un individuo inmunizado y probado en su accion preservativa. Ahora bien, dado un vibrion sospechoso, se fijará su dósis mortal para el conejillo. Si esta dósis tiene accion sobre el conejillo inmunizado, deberá concluirse que no se trata de cólera, aceptándose por el contrario el diagnóstico de cólera en el caso de no morir el conejillo inmunizado.

Partiendo de estas bases etiológicas, tenia sin duda la terapéutica en las enfermedades infecciosas que sufrir una profunda transformacion. Debia pensarse desde luego en hallar sustancias capaces de destruir el agente morboso en el organismo, y los trabajos de Binz en su Instituto de Bonn, sobre la quinina, nos revelan esta posibilidad.

La persecucion de esta idea encuentra su desarrollo en la sueroterapia con los estudios de Behring sobre la sangre en el mismo Instituto de Binz, basada, segun este autor, en la aplicacion de solo aquellas sustancias que se han producido en el organismo por medio de un tratamiento cualquiera de inmunidad y que introducidas en el organismo actúan no indirectamente sino directamente, esto es, paralizando las causas morbosas; inmunizando así los individuos sanos y curando los enfermos.

La sueroterapia se distingue de la inmunidad ó vacunacion de Pasteur. Esta es, sin embargo, el paso prévio y la condicion de aquélla, puesto que acostumbrado el animal por medio de la vacunacion, llégase á obtener la cualidad refractaria de su sangre, fuente de las sustancias utilizadas por la sueroterapia.

Los más antiguos médicos no ignoraban el efecto de la accion continuada del virus generador de una enfermedad, como medio terapéutico de la misma enfermedad, atribuyendo Bretonneau el efecto de los cuerpos tóxicos á un poder

inmunizante y éste á la facultad congénita en el hombre del acostumbramiento y el ejercicio. Tambien para Hufeland, la curacion directa de las enfermedades por medio de sustancias especificas es obra de la naturaleza, obrando el medio curativo solo como un impulso, para determinar la reaccion de la fuerza natural activa (1).

Un número grandísimo de cuestiones surgen respecto de la manera de obrar directa ó indirectamente, de las sustancias tóxicas y antitóxicas.

Aronson Hans (2), para explicar la accion protectora y curativa de la sangre y de la leche de animales inmunizados contra el tétano ó la difteria, por medio de la inoculacion de los venenos respectivos, admite que bajo la accion de la leche y de la sangre, se produce una destruccion química de la sustancia tóxica.

Buchner (3), fundándose en experimentos en el animal, se opone á esta explicacion, y manifiesta lo opinion de que las sustancias no actúan la una sobre la otra; ellas influencian solamente las células del organismo en sentido inverso; tambien considera como idénticas las sustancias protectoras y curativas.

Contra esta opinion, el mismo autor Aronson, hace resaltar las siguientes diferencias que ofrecen las antitoxinas, frente á frente de la inmunidad: 1º La accion de las antitoxinas ocurre en seguida de ser introducidas en el cuerpo. 2º Por medio de cantidades suficientemente grandes de antitoxina, puede protegerse contra toda infeccion por fuerte que sea. 3º La antitoxina no produce sintoma alguno de enfermedad, ninguna reaccion. 4º La duracion de las antitoxinas es relativamente corta.

Respecto de la destruccion química, comunica Aronson una série de experimentos segun los cuales, echa una mezcla del veneno diftérico y de la antitoxina de la difteria en un tuvo de reaccion, en cantidades iguales, é introducida en forma subcutánea en el conejillo de la India, quedó esta operacion sin reaccion alguna local ó general, mientras igual

---

(1) Behring, *Deutsches Med. Woch.*

(2) *Berl. Klin. Wochenschrift,* 1894, núm. 15.

(3) *Higienische Rwndschau,* 1893, S. 973-976.

cantidad de veneno diftérico mata un animal en 38 horas, no produciéndose la muerte antes de 68-72 horas, cuando se le introduce antitoxina en las primeras 24 horas. En consecuencia, cree el autor que la antitoxina destruye el veneno en el contacto inmediato con el mismo, no ocurriendo esto en el organismo, no de una manera inmediata, actuando por lo mismo, de una manera menos enérgica.

La opinion de Buchner, como se ve, lleva el pensamiento hacia los tejidos del cuerpo, los territorios celulares, segun su expresion (1), en los cuales se ha de verificar la influencia en sentido recíprocamente contrario del virus y la antitoxina.

En las dos direcciones divergentes enunciadas, se ve el fondo de la lucha iniciada entre células y bacterias.

Para nosotros no puede desconocerse la necesidad de fijar las relaciones entre esos elementos para comprender las reacciones y deducir las probabilidades de éxito de los tratamientos. ¿Cómo podríamos de otra manera, dejar de considerar la célula con el autor glorioso de la patologia celular «como una persona activa, cuyas actividades no son solamente productos de influencias extrañas, sino resultado de procesos internos intimamente unidos con la continuacion de la vida?» (2).

No nos es dado continuar enunciando teorías, como pudiéramos hacerlo recordando á Metschnikoff, en su Patologia comparada de la inflamacion (3), Phagocitismo y á Appert René sobre el rol del organismo en algunas enfermedades infecciosas, Microbismus (4).

Pero nos parece indispensable relatar las diferencias anotadas por Buchner entre las sustancias propias de la inmunidad natural y las sustancias de la inmunidad adquirida ó específica.

«Los dos estados tienen su asiento en el suero sanguineo, pero las sustancias protectoras en la inmunidad natural, las *alexinas* son en más de un sentido fundamentalmente diferen-

---

(1) Buchner, *Munchir med. Wochenhorf.*

(2 Virchoid.

(3) Ch. Masson, Paris, 1892.

(4) C. R. fur Bac, tomo XVI, pág. 390.

tes de las *antitoxinas* formadas en el suero de los animales inmunizados artificialmente. Mientras las alexinas tienen una acción nociva ó mortal, sobre las bacterias, los corpúsculos rojos y sobre los leucocitos de animales de especie diferente carecen las antitoxinas de una accion antibactericida; las alexinas son cuerpos muy *instables*, se destruyen fácilmente por la temperatura de 50 á 55º, por la luz del sol y por las alexinas de otras especies, pereciendo por sí mismas fuera del cuerpo; las antitoxinas del tétano y de la difteria por el contrario, son *extraordinariamente persistentes*; soportan perfectamente temperaturas entre 70 y 80º, así como la accion de la luz solar. Por último, se comportan las alexinas de una manera diversa respecto de bacterias de diferente especie y sobre las células de la sangre, *segun la especie animal*, mientras las antitoxinas dependen de la clase específica de bacterias á favor de la cual se produce la inmunidad. »

En razon de esto, cree Buchner que no deben considerarse las antitoxinas como un producto del organismo animal, como un *producto de la célula bactérica específica* transformado por la pérdida de su accion tóxica.

Hénos ahí, señores, delante de las toxinas cuya naturaleza íntima desconocemos, en presencia de las alexinas y antitoxinas cuya constitucion ignoramos, delante de las células del organismo cuya accion activa ó pasiva ha de determinarse, y en presencia de la necesidad misma de penetrar en el concepto de la inmunidad natural ó adquirida.

Ante tanto factor de esencia ignorada, surgen las conclusiones de la práctica, como otras tantas paradojas, irreconciliables con el espíritu de observacion positiva, base de todos nuestros adelantos médicos.

¿Cómo aceptar los adelantos del laboratorio para la práctica? ¿No están ahí los insucesos de la tuberculosis, en sus primeros pasos? ¿Puede acaso compararse el cuerpo animal sano ó enfermo á un tubo indiferente, cuyas reacciones deban sugerir conclusiones? ¿Y los resultados de la experimentación animal hacer suponer igual eficacia en el cuerpo humano?

Parece, señores, que siguiendo esta corriente deductiva, hubiéramos de caer de nuevo en el terreno del empirismo.

Sin embargo, para los efectos de la práctica, cabe aceptar todo lo que no sea nocivo, fundándonos en el hecho de darse,

tanto en la vida médica, como no médica, cosas con las cuales se actúa y cuya esencia es tan desconocida como los factores en cuestion, cosas con las cuales opera la actividad humana, transformando fuerzas, y la medicina curando enfermedades.

La ciencia misma no puede, en efecto, admitir como verdades, las no probadas, pero el arte de curar no ha podido desecharlas y aunque combata el empirismo á justo título, el arte de curar, no puede á priori, rechazar los resultados prácticos de aquellos medios que el impulso natural ó la voz pública indujo á buscar como un alivio al dolor.

Entretanto, pues, que la nueva terapéutica de las enfermedades infecciosas funda las razones científicas de esa manera de obrar, fijemos, aunque sea someramente, su estado actual, tomando en cuenta la difteria.

En primer lugar, debe tenerse presente, segun Behring (1), que el concepto de la difteria expuesto por Bretonneau (2) tiene aun hoy en su conjunto para nosotros la misma significacion. Las cuestiones respecto de la manera de producirse, su trasmision, su aparicion en individuos como procedente de una misma fuente de infeccion, las causas de la desaparicion y reaparicion de las epidemias, la receptibilidad, la curacion é inmunidad, prevalecen aun hoy completamente. Bretonneau llegó por medio de sus observaciones y experiencias, á la conclusion de una misma causa en la angina maligna y el crup, debiéndose atribuir lo semejante á gangrena en la angina diftérica, al reblandecimiento pútrido de las membranas.

« Las experiencias de trasmision de la difteria al animal, se hicieron primero por Bretonneau (1821), luego por Trendelenbourg Oertel (1871), á quienes se debe la demostracion científica de la trasmision; y por último á Lichtenhein (1883). »

En 1884 explicó Loeffler la naturaleza parasitaria de la enfermedad, sin que hasta hoy se haya modificado su apreciacion. El veneno específico, como causa de la enfermedad y de la muerte, fué demostrado y preparado á la vez por Roux y Jersin pero publicado mas tarde por Loeffler. Roux y Jersin

(1) *Die Geschichte der Diphteris.*

(2) *Traité de la Diphterie.* (1826)

como Loeffler han caracterizado el veneno diftérico como un fermento ó encinia. No puede producirse en las culturas una cantidad del veneno segun los primeros autores, sino cuando la cultura empleada posee una gran accion virulenta y cuando la cultura ha adquirido un gran desarrollo. Brieger y Fraenchel caracterizan la sustancia tóxica como una toxalbúmina; Gamaleia como una núcleoalbúmina. Behring hace sus objeciones á estos autores fundándose en las opiniones de Duclaux sobre la constitucion de los cuerpos albuminóideos. A pesar de la inseguridad sobre esta constitucion, no se discute su poder tóxico.

Sabéis como este poder tóxico es utilizado para la produccion de la antitoxina diftérica, contenida en el suero sanguíneo, por las inoculaciones de cantidades sucesivas y cada vez mayores del veneno. No ignorais cuales son los animales que vienen á ser fuente de la produccion de antitoxinas y la razon de preferencia dada al caballo, y seria por tanto excusado tratar estas cuestiones una vez mas. Lo mismo podria decirse respecto de los métodos de preparacion que son de vuestro dominio.

Sin embargo, respecto de estos últimos, habéis de concederme aun vuestra atencion.

Reasumiendo, hallamos que los métodos de Bering y Aronson, se basan en el desarrollo de culturas del bacillus de Loeffler, de accion tóxica, lo más virulenta posible, en caldos al 1 ó al 2 % de peptona, bajo una corriente de aire húmedo (Roux) ó de oxígeno (Aronson), por un espacio de tiempo que puede variar entre 20 dias á mes y medio. Roux obtiene así por filtracion del caldo, toxinas capaces de dar muerte á un conejillo de 500 gramos en 48 horas, con una dósis de 0'1. Aronson pretende obtener el mismo éxito hasta con 0'005.

Aquí debemos preguntarnos: ¿Es fácil la preparacion de la antitoxina entre nosotros? Nuestro trabajo personal en este terreno nos induce á pensar que no. En la aplicacion de los principios generales enunciados, concurre una série de datos y de detalles, que no mencionados por los autores con el rigorismo de precision que la técnica requiere y en razon de tenerlos que suponer ó adivinar, caben en nuestras manipulaciones un más ó un menos que obliga á nuevas pruebas y nuevos tanteos con sacrificio de tiempo é impro-

babilidades de éxito. No por esto debemos dejar de preparar antitoxina, pero es bueno consignar sus dificultades, en contra de las facilidades que otros han reconocido y como una consideracion para discernir á quien le corresponde el mérito de esta preparacion.

(*Continuará.*)

De la importancia de un tratamiento oportuno del abceso alveolar

Por el Dr. **J. M. Henriquez**

Médico dentista

Aunque un abceso alveolar es generalmente considerado como un mal sin importancia, puede sin embargo ser el origen de alteraciones serias, si un tratamiento bien dirigido y una intervencion oportuna no remedia el mal en su principio. En mi práctica diaria he tenido oportunidad de observar muchos casos en que más de una complicacion seria, ha sido el resultado de un tratamiento inoportuno ó de la negligencia del paciente, confiando á la evolucion natural, la terminacion del pr ceso y aconsejado la más veces por un temor inesplicable, pero que ha llegado á hacerse una creencia vulgar, de que no debe intervenirse mientras existan fenómenos inflamatorios agudos y sobre todo la hinchazon.

Es con el objeto de oponerme á esta creencia tan infundada y tan nociva, que me propongo escribir estas líneas en las que daré breves explicaciones sobre la formacion y evolucion del abceso alveolar.

Los abcesos revisten dos formas, superficial y profunda. El superficial, llamado comunmente flemon, tiene por síntomas una pequeña tumefaccion de la encia que puede ocupar la porcion bucal ó labial del alveolo. Son generalmente pequeños, muy sensibles y dolorosos al tacto. Pueden ser debidos á resfrios y más comunmente á dientes enfermos, presentando este carácter superficial á causa de que la raíz del diente que produce el mal es poco profunda no alcanzando á sobrepasar el pliegue de la mucosa que une la encia al carrillo. La marcha de estos abcesos es de corta

duracion y como los tejidos que los encierran son de poco espesor, ceden espontáneamente ó á una presion cualquiera dando salida al pus y trayendo la curacion rápida.

Los abcesos profundos son mucho más serios, reconociendo por causas más directamente las alteraciones de los dientes, ya sea que ellos estén enfermos ó muertos ó tambien á la falta de desarrollo de una muela de juicio y contándose tambien entre las causas determinantes del mal la permanencia en paraje húmedo. Cuando la causa es un diente cariado, los productos irritantes pasan por el canal del diente y producen la inflamacion de la membrana circundental. Siendo esta membrana muy vascular, la inflamacion sigue una marcha rápida desde el ápice hácia el cuello del diente. La tumefaccion de la membrana ocupando la cavidad del alveolo empuja el diente haciéndolo salir un tanto de su posicion habitual, produciendo una sensacion desagradable y dolorosa que el enfermo atribuye á su diente alargado. La tumefaccion se extiende á los tejidos vecinos que se hinchan y se ponen dolorosos. En este estado el proceso inflamatorio puede detenerse y la curacion tiene lugar sin ulterioridad, pero muy frecuentemente la formacion del pus agrava el estado, sobre todo si una extraccion oportuna no ha detenido el proceso quitando su causa.

Como el pus está encerrado de todos los lados por paredes óseas, busca salida siguiendo la ley natural de la *pars minoris resistentiæ*, y se abre camino á través de las paredes alveolares adelgazadas por la absorcion. El pus en esta forma sigue el trayecto por debajo del pliegue de la membrana mucosa que une la encia al carrillo, así es que los abcesos no se abren siempre en la boca, sino que el pus sigue un trayecto variable segun la conformacion de la region. Es así, que el abceso puede abrirse á una considerable distancia del punto de orígen. Cuando se trata de un abceso que ha tenido orígen en la alteracion de un diente del maxilar superior se le ve abrirse á veces en la cavidad nasal ó en las proximidades del paladar duro, y cuando el orígen está en los bicúspidos y muelas en el seno maxilar. Los del maxilar inferior pueden presentarse debajo de la barba, en el cuello y hasta en la axila. Fácil es comprender que en casos como estos la terminacion puede ser fatal ó

traer un padecimiento crónico con una fístula mantenida por una necrosis ósea.

La formacion del pus en un abceso se manifiesta generalmente por un calofrio seguido de elevacion de la temperatura (38 á 39° c.) y pulso rápido, con depresion general considerable. El dolor varía, siendo á veces agudo y punzante y otras sordo y contínuo. La hinchazon que en los casos simples es insignificante, puede llegar en los graves á invadir las regiones próximas: carrillo, parpados, cuello, etc., del lado afectado, dando al enfermo un aspecto desagradable. La lengua y los otros tejidos de la cavidad bucal no escapan á la tumefaccion, imposibilitando la masticacion y la deglucion.

En el primer período antes de la formacion del pus se llega á veces á hacer abortar un abceso con la administracion de un catartico, de la quinina y la aplicacion local del tópico siguiente:

R.

Tintura de iodo.....	4
Tintura de acónito..	4
Cloroformo.....	2

Séquese la encia con algodon ó yesca y aplíquese por medio de un pincel tres veces al dia.

Cuando el abceso ya formado ocupa solamente la region próxima al diente, puede intervenirse de otra manera con aplicaciones tópicas ó abriendo el abceso y evitando así la extraccion de un *diente que debe conservarse*. Pero si el abceso ocupa un sitio lejano de su orígen comprometiendo tejidos que su fusion hacen inagotable el pus, entonces la regla es la extraccion que á veces hace prodigios de curacion.

Por otra parte la extraccion es siempre posible mientras la separacion de los maxilares permita la entrada del forceps, y sin que la hinchazon sea una contraindicacion como se crea vulgarmente.

Cuando la hinchazon es tal que no permita la extraccion, los esfuerzos deben dirigirse en el sentido de producir la resolucion, pero nunca la abertura hácia afuera, que deja cicatrices imborrables. ¿Cómo evitar este accidente? Evitando en primer lugar las cataplasmas tan usadas en estos casos.

Con el uso de cocimientos emolientes en forma de buches y aplicacion caliente directa sobre la encia afectada, al exterior, sobre la cara el revulsivo siguiente:

R.

Iodo.....	0.70	
Ioduro de potasa.....	0.70	
Cold-Cream.....	8.00	ungüento.

Aplíquese tres veces al dia. La mancha que deja este ungüento se quita despues con alcohol puro.

En mi práctica he tenido ocasion de observar muchos casos con cuya historia podria llenar muchas páginas; en las que una intervencion tardía ó inhábil ha traído complicaciones sin cuento y en los que operaciones graves han sido necesarias para remediar trastornos que han podido comprometer la vida (necrosis) cáries, etc., etc., y que hubieran sido seguramente evitados por una intervencion oportuna y racional; siendo á mi juicio la extraccion, el medio más eficaz y seguro por aquello de *sublata causa tollitur efectus.*

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Neurastenia angio-paralítica ó pulsátil.—Un nuevo tipo de desórdenes neurasténicos, por DANA, (*Journal of the American Med. Association*, 26 Enero de 1895.)

Trabajo particularmente interesante del punto de vista de la diferenciacion de los sindromas clínicos dependientes de la neurastenia, enfermedad vaga y no bien constituida todavia á pesar de los considerables trabajos recientes.

DANA ha tenido ocasion de observar varias veces en individuos en la fuerza de la edad, generalmente hombres que abusaban del tabaco, del alcohol y del coito, un complexus sintomático reproducido con bastante similitud para que se esté autorizado á ver en él una manifestacion especial de la neurastenia. Estos individuos eran, en efecto, neurasténicos averiguados que, además de los síntomas característicos de la enfermedad, presentaban un fenómeno particular: sentian la

pulsacion de sus vasos. De allí el nombre tan apropiado de «neurastenia pulsatil». Ahora bien, este fenómeno no se produce aquí ocasionalmente ó por crísis, como en la enfermedad de Basedow ó la taquicardia paroxística, sino de una manera contínua y de tal modo que el paciente tiene constantemente conciencia del trabajo fisiológico de su sistema cardio-vascular. En estas condiciones, fácil es concebir cuál puede ser la existencia del enfermo que no tarda en caer en la hipocondria.

Tomamos de la memoria de Dana un ejemplo notable: Un obrero de 27 años, sin antecedentes nerviosos hereditarios, habiendo sufrido una fiebre tifóidea en 1886, presentó repentinamente y sin causas aparentes, en 1889, un ataque de taquicardia que fué el principio dramático de un estado patológico crónico caracterizado por la vibracion general del sistema vascular sincrónico á los latidos cardíacos. Este estado de neurastenia pulsátil era más marcado en la cabeza, acompañándose de un sentimiento de presion extrema en la region occipital. No hay dispnea. Frio contínuo en las manos y en los piés. Apetito y digestiones normales. Atormentado constantemente, el enfermo casi no dormia. Al exámen hecho algunos meses despues del principio, no se encuentra nada de anormal en los órganos torácicos y abdominales; la accion cardiaca no es muy poderosa, pero no existe ni dilatacion, ni hipertrofia, ni soplos mórbidos; el pulso, pequeño y depresible, tiene su ritmo normal de 70 á 80 pulsaciones. Hay dermografismo y las manifestaciones dermoneuróticas persisten cerca de cinco horas. Pulsacion epigástrica. La compresion de la carótida suspende los latidos en la region correspondiente de la cabeza. Ligera hipertrofia de la glándula tiroides, pero no hay exoftalmia, ni temblor, ni sudores, ni poussées de calor. Los reflejos y los órganos de los sentidos normales. La inteligencia se conserva, pero el enfermo se declara inapto para todo trabajo. El reposo, la compresion de las carótidas, la ergotina, la digital, fueron inútiles; solo el sulfonal procuró un poco de sueño. Fatigado de tal existencia, el enfermo se decidió á una operacion: Powell le ligó la carótida primitiva del lado derecho. Despues de esto, el paciente se declaró sano del lado derecho de la cabeza y del cuerpo; le fué posible entonces soportar las pulsaciones del lado izquierdo. Al cabo de tres años, estaba en la misma situacion que él consideraba buena, comparándola á su estado anteoperatorio.

La patogenia de la neurastenia pulsátil queda enteramente á oscuras.

De la alimentacion por el recto, por SINGER. (*Centralblatt f. d. gess. Therapie*, Marzo 1895.)

Aunque las investigaciones fisiológicas y las observaciones clínicas de Voit, Bauer, Eichhorst, etc., hayan establecido el poder de absorcion de la mucosa del recto y el valor de la alimentacion rectal, hay que reconocer, sin embargo, que las lavativas nutritivas no han entrado en la práctica diaria, sea porque por consideraciones de órden extramédico, los enfermos y las familias no las aceptan fácilmente, sea porque los médicos no están aún en general convencidos de la eficacia de este modo de nutricion aunque su indicacion sea á veces bien neta, por ejemplo en el *ulcus ventriculi* en que, empleado con exclusion de todo otro medio, permite al estómago estar verdaderamente en un reposo fisiológico absoluto desde que, no resolviendo nada, toda causa de imitacion, de peristaltismo, de hiperemia de la mucosa y por consiguiente de hematemesis se encuentra así alejada, ventaja considerable para el enfermo amenazado de la temible desnutricion.

Tales son por lo menos las ideas de SINGER que en su servicio en el hospital general de Viena, ha instituido el tratamiento del *ulcus rotundum* con hematemesis, del modo siguiente: el enfermo, severamente mantenido en el lecho, es exclusivamente alimentado por lavativas durante un lapso de tiempo que varía de 4 á 8 dias, aplicándose al mismo tiempo una vejiga de hielo ó cataplasmas calientes sobre la region epigástrica para calmar la cardialgia. La fórmula adoptada es la de BOAS:

Leche } Vino }	125 gramos
Yemas de huevo	nº 2
Peptonas secas	Una cucharadita.

M. Añádase un poco de sal y un pedacito de azúcar de uva.

Se administra diariamente dos ó tres de estas lavativas, con 4 ó 5 horas de intervalo, por medio de un irrigador ordinario provisto de un largo tubo de caoutchouc, teniendo cuidado de

desembarazar préviamente el intestino por una lavativa simple. Una vez dada la lavativa nutritiva, se introduce un supositorio de un centígramo de extracto tebaico que tiene por objeto oponerse á la salida prematura de la lavativa nutritiva; algunas gotas de láudano añadidas á la lavativa responderian por lo demás, al mismo objeto.

Las sensaciones de hambre y sed, á veces tan penosas, serian disminuidas, si no calmadas, por la ingestion de extracto tebaico (10 gramos *pro die*), y por el agua pura que puede sin peligro ser dada á la dósis de 200 gramos en las 24 horas.

Ahora bien, con este tratamiento, no sobrevinieron nuevas hematemesis sino en los enfermos que tomaron alimentos subrepticiamente traidos por sus familias, verdadera prueba experimental de la excelencia de este tratamiento tan simple.

SINGER piensa que la alimentacion rectal será útilmente empleada en la dilatacion del estómago, los vómitos incoercibles de la preñez, los vómitos histéricos y neurasténicos, así como á consecuencia de las operaciones sobre el tractus intestinal; reseccion del píloro, gastro-enterostomia y reseccion del intestino delgado.

(*Arch. gén. de médecine*, Mayo 1885.)

Técnica y resultados de la reseccion del estómago, por TH. KOCHER. (*Correspondeneblatt für Schwxizer Aerzte*).

El autor refiere seis observaciones de cáncer del estómago tratados con éxito por la gastro-enterostomia (2 casos) y la reseccion (4 casos) y las hace seguir de algunas reflexiones sobre el tratamiento del estómago canceroso.

La pilorectomia, que proporciona la posibilidad de una curacion radical, y de que solo falta perfeccionar el manual operatorio, debe ser preferida á la gastro-enterostomia, operacion puramente paliativa, pero cuyas indicaciones conviene extender, reservándola no solamente á los casos en que la reseccion es impracticable ó peligrosa, sino tambien á aquellos en que el píloro está tomado en masas cicatriciales ó adhiere á las partes vecinas. Para lo que se refiere al cáncer, la pilorectomia constituye la operacion de porvenir. Mientras

que la supervivencia más larga proporcionada por la gastro-enterostomia no pasa de un año, alcanza cinco años y tres meses (Wölfler), 1 y ½ á 2 y ½ (Rydgier), en ciertos casos de pilorectomia. Más aún, un enfermo de Kocher operado desde cinco años y cuatro meses, goza hasta ahora de la salud más perfecta.

En 16 casos, es al método de Billroth-Wölfler que el autor ha dado la preferencia: en otros dos ha recurrido á otro procedimiento indicado por Billroth (gastro-enterostomia seguida de reseccion); en fin, 9 veces la operacion ha sido conducida del modo siguiente: incision del piloro canceroso seguida de anastomosis gastro-duodenal en una abertura particular hecha á la pared gástrica, con dos muertes por consecuencias operatorias, una supervivencia de diez meses sin recidiva local con produccion de núcleos secundarios en el hígado, y seis curaciones perfectas hasta la fecha. Despues de incision mediana de 10 á 15 centimetros pasando más ó menos el ombligo, desprendimiento de los epiplones y aislamiento del tumor. Este es atraido afuera y las pinzas son colocadas en sus extremidades. Otra pinza es colocada sobre el duodeno y este intestino es seccionado entre las dos. Un ayudante toma el estómago entre el medio y el índice de cada mano de manera de interceptar completamente su luz y este órgano es seccionado á su turno y suturado en todo su espesor; su cara posterior es vuelta en seguida adelante y á la derecha y convenientemente anastomosada con la extremidad duodenal.

He aquí cuales son los puntos de que el autor hace depender el éxito de la operacion:

La operacion debe ser aséptica.

Es indispensable que la sutura, hecha con hilos de seda, sea contínua y conducida á través de todo el espesor del estómago y del intestino, único medio de evitar las hemorragias secundarias.

Las pinzas abrevian, simplifican y garantizan la operacion. Son absolutamente indispensables para la ablacion perfecta y exactamente lineal de las partes enfermas. Su uso, que no sabria recomendarse demasiado, no presenta ninguno de los inconvenientes señalados.

(*Arch. gén. de médecine*, Mayo 1895.)

Monoplegia histérica del serrato mayor, por el Dr. VERHOOGEN.

Interesante observacion de parálisis del serrato mayor izquierdo, sobrevenida bruscamente en una mujer de 33 años.

Caídos los brazos, el omóplato izquierdo se aparta del tronco y en el espacio que deja libre, se puede, rechazando la piel, introducir toda la mano.

El ángulo inferior del omóplato está más próximo á la línea media que el del lado sano; la elevacion vertical del brazo es imposible y el enfermo no puede pasar de la línea horizontal. La motilidad es normal en todo el resto del cuerpo.

En el miembro superior izquierdo, hay hipoestesia para la corriente farádica solamente. En el dorso, en una extension que sobrepasa un poco la superficie del omóplato, hay anestesia absoluta para la corriente farádica. Anestesia faríngea.

Mejoría considerable bajo la influencia de los baños estáticos con chispas sobre el brazo y el hombro enfermos.

En suma, aunque todas las formas de monoplegias histéricas sean posibles, la parálisis del serrato mayor es seguramente una de las menos frecuentes (*Rev. neurologique*).

Un caso de psicosis con letargia de seis meses de duracion, por O. BERKHAN. (*Allg. Zeitschr. f. Psychist.*, *L. 3. 4.*).

Muchacha de 15 años que, despues de haber presentado un débil desarrollo físico é intelectual, se traslada á principios del verano de 1882 á casa de una pariente en un lugar vecino; vuelve á fin de año á su casa porque empezaba á fastidiarse y á rehusar comer. Aterrada, ansiosa, constantemente sentada, la cabeza contra la estufa, no queriendo comer ni acostarse, cae en letargia á principios de 1883. Cérea, esquelética, excepto las mejillas que están un poco rojas; gangrena sacra; momificacion de casi todos los dedos de los piés; anestesia. Se la transporta el 26 de Junio de 1883 al Marienstift de Brunswick. Un baño caliente parece reanimarla el dia 28; epistasis por la noche; se incorpora; el 29 rie; del 6 al 7 de Julio, un poco de agitacion, algunas palabras, despertar. Re-

cupera poco á poco sus sentidos, no recuerda lo que ha pasado; se dice fatigada; cuenta que ha tenido cefalalgias, inapetencia, que estaba helada y que se aproximaba á menudo á la estufa caliente. En Agosto, las fuerzas han vuelto y los dedos necrosados están casi eliminados; orina en la cama y duerme 12 horas diarias durante algunos meses; pérdida total de todos los cabellos. Dos años despues de esta curacion, en Setiembre de 1885, nuevo ataque durante once meses. Muerte en el verano de 1886.

El autor concluye en que era una histérica.

(*Arch. de neurologie*, Mayo 1895).

BIBLIOGRAFIA

La gimnasia mecánica.—*Algunas de sus principales aplicaciones terapéuticas;* tesis inaugural de GABRIEL ORIAS.

El trabajo de Orias, sin ser una obra de mérito original ó de un gran material de observacion, trata de una cuestion demasiado desconocida de la generalidad de nuestros médicos y á este título, es de verdadera utilidad.

Los pocos colegas que creen deber prescribir ejercicios gimnásticos, lo hacen sin precision y por consiguiente sin confianza, ni siquiera remota, en su beneficio. — Por lo demas, casi todos ignoran, y lo ignoraba tambien el autor de estas líneas, que hay en uno de nuestros institutos médicos, el del Dr. Lacroze, una instalacion completa de los aparatos de gimnasia mecánica sueca, sistema Zander, y con mucha mayor razón ignoraban la teoria de este método especial y sus ventajas sobre los otros.

No podemos desgraciadamente, dar en detalle la exposicion del método de Zander, cuyo éxito en el tratamiento de las escoliosis era, entre nosotros, lo único vulgarizado, merced á los trabajos interesantes del Dr. Aberg.—Diremos solamente que, tanto en los ejercicios pasivos como en los activos, hay en los aparatos posibilidad de una graduacion exacta que permite el aumento de la resistencia, y

por consiguiente del esfuerzo, á medida que el enfermo se habitúa y gana en fuerzas; estas instalaciones comprenden todos los aparatos necesarios á los movimientos de todos los miembros y además de masaje y vibratorios, así como de ejercicios complejos: equitación, bicicleta, etc.

El Dr. Orias estudia las aplicaciones de la gimnasia mecánica en la *neurastenia*, las desviaciones de la *columna vertebral*, las *rijideces articulares*, la *obesidad*, las *dispepsias*, etc. etc.; y por fin, en las *afecciones cardíacas*, en que como se sabe, el tratamiento mecánico ha sido puesto de moda nuevamente con los métodos de *Schott* y de *Oertel*, que el autor estima inferiores al de *Zander*. Cita tambien algunas observaciones clínicas interesantes y entre otras la propia suya: afectado de una neurastenia grave y antigua, con dispepsia que le habia conducido casi á la inanicion, ansiedad y sufrimientos espantosos, mejoró notablemente y en tiempo relativamente corto, con el método de Zander, despues de haber agotado todos los agentes farmacéuticos é higiénicos.

El libro de Orias merece conocerse para aprovechar debidamente este gran recurso de tratamiento.

Conferencias sobre zoologia médica dadas por el Dr. Eliseo Canton, profesor en la Facultad de la Capital, recopiladas por Juan F. Vacarezza y Félix M. Raffo.—2ª edicion, 1895.

Estas lecciones que versan sobre una parte del programa de la Facultad, serán de gran utilidad para los alumnos, á los cuales presentan reunidos elementos que no encontrarán sino dispersos en otras obras; las láminas que las acompañan son esmeradas y facilitan grandemente la comprension del texto.

Por lo demás, en cuanto se refiere á los animales de nuestro país, el distinguido profesor ha hecho lo posible por describirlos completamente, con acopio de todos los datos que ha podido reunir; tal sucede, por ejemplo, con el capítulo de los *reptiles*, que es uno de los en que mas se ha esforzado el autor.

Hé aquí los principales grupos tratados:

Celenterados, Gusanos, Moluscos, Artropodos, Insectos, Vertebrados, Reptiles, Mamíferos.

Es de felicitarse que los profesores de la escuela lleven á cabo trabajos como el presente.

Assainissement de Buenos-Ayres. —*Mémoire descriptif du service des eaux et des égouts par le Dr.* EMILE R. CONI. Paris, 1895.

El distinguido ex-director de la Asistencia Pública no cesa de trabajar para hacer conocer al público médico europeo, tan ignorante, por lo general, de nuestros progresos, el estado de nuestros servicios sanitarios.

El folleto que tenemos á la vista contiene una série de artículos publicados en una revista técnica de Paris, *Le Génie Sanitaire*, sobre nuestras obras de salubridad, y acompañados de diseños y mapas explicativos.

FORMULARIO

Preparaciones de aceite de hígado de bacalao.

M. Moureu, farmacéutico de los Asilos del Sena, indica en la *Presse Médicale*, preparaciones que pueden ser utilizadas en el caso en que el aceite de hígado es difícilmente aceptado:

ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO AROMATIZADO

Aceite de hígado de bacalao ambarino.	100	gramos
Esencia de eucaliptus.....	1	»

La mezcla no tiene ni el olor ni el sabor del aceite de hígado de bacalao; no deja en la boca sino el gusto de la esencia de eucaliptus. *(Duquesnel)*.

ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO CON CAFÉ

Aceite de hígado de bacalao.....	400	gramos
Café tostado y molido.....	20	»
Negro animal pulverizado.....	10	»

Se calienta el todo en baño-maria á 60° durante un cuarto de hora, en un matrás cerrado. Se saca la mezcla del fuego;

se la abandona á sí misma durante dos ó tres dias, agitando de tiempo en tiempo; despues se filtra en papel. El aceite así obtenido es límpido y de color ambarino; presenta un olor y un sabor de café muy pronunciados. (*Carlo Pavesi*).

Sulfofenato de magnesia.—Sal de composicion inalterable presentándose bajo forma de agujas prismáticas blancas, casi completamente inodoras y de sabor amargo no desagradable. Soluble en dos partes de agua y en cinco de alcohol.

Se la prepara fácilmente por doble descomposicion por medio del sulfato de magnesia y del sulfofenato barítico.

La nueva sal magnesiana presenta propiedades importantes al punto de vista terapéutico; es á la vez un purgante y un antiséptico. Se la administra á la dósis de 1 á 2 gramos en una vez, aumentando ó disminuyendo esta dósis segun los casos.

Renovacion de la Comision Directiva

En la asamblea anual del 15 de Junio, han sido elegidos para renovar la mitad de la Comision Directiva, los siguientes sócios:

Presidente: Dr. Gregorio Araoz Alfaro.
Secretario de actas: Dr. Lucio Gordillo.
Idem de correspondencia: Dr. Enrique Diana.
Director de la Biblioteca: Dr. Avelino Gutierrez.
Vocales: Dr. M. Aberastury.
» José Badia.
Julio J. Paz.
Guillermo C. Smith.
Roberto S. Koble.

La recepcion tendrá lugar el 28 del corriente mes.

Año XVIII – 1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 12

Anales del Círculo Médico Argentino

JUNIO 30 DE 1895

CLÍNICA QUIRÚRGICA

TRATAMIENTO DEL BOLO FECAL

Por el **Dr. Pedro Barbieri**

Ex-interno de los hospitales San Roque y Rawson.

La situacion del bolo fecal á mayor ó menor altura determina ó nó la intervencion quirúrgica, es decir, un bolo situado fuera del recto es capaz de requerir la abertura del abdómen con más frecuencia que otro que se halle en la última porcion del intestino grueso cerca del ano. En todos los casos el médico debe actuar primero y solo ceder su puesto al cirujano cuando ha agotado sin éxito todos los recursos que la ciencia pone en sus manos. Situación del bolo.

La naturaleza de la intervencion es tambien regida por el mayor ó menor tiempo que lleve la enfermedad. Un bolo fecal obstruye la luz del intestino desde hace mucho; en este caso, los medios médicos quizá no consigan resultado y los quirúrgicos sí, sin que por eso haya necesidad de no ensayar siempre los primeros. Naturaleza de la intervencion.

Como el bolo no amenaza la vida de una manera inmediata, aunque seguramente pueda ponerla en peligro, como en ciertas ocasiones cede sin laparatomía, vamos á exponer, antes de ocuparnos de su tratamiento quirúrgico, los medios médicos que poseemos para vencer esta afeccion. Medios médicos.

Desde luego, es ilusorio contar con el efecto de los drásticos; si el bolo es muy pequeño puede ceder al mayor esfuerzo verificado por los movimientos peristálticos, pero, si es mayor, el resultado será absolutamente negativo. A lo sumo, se conseguirá liquidificar las materias situadas encima del bolo, pero nada más. Drásticos.

Enteroclisis.

El mejor procedimiento consiste en la administracion de enteroclisis en posicion declive con la cabeza hacia abajo (se inyectan varios litros á la vez de un líquido que contenga CO^2 ó que sea susceptible de desarrollarlo por su mezcla con otro en el interior del intestino). La posicion declive, tal cual la hemos descripto, permite penetrar más lejos al líquido, aspirado en su progresion por la gravedad. A este fin es conveniente que el líquido se halle situado en un irrigador comun de varios litros de capacidad á una altura buena del punto ocupado por el enfermo.

Número de las enteroclisis.

Las enteroclisis deben repetirse dos veces al dia para tratar de obtener resultado y deben usarse sin desfallecer durante varios, siempre que no se presenten accidentes de obstruccion agudos que fuercen la mano del cirujano y le obliguen á intervenir más activamente.

Inyecciones de morfina.

Las inyecciones de morfina dadas con el objeto de hacer cesar el espasmo de las fibras musculares del intestino, que para algunos retendrá el bolo, no es en nuestro sentir un medio racional, aunque indiscutiblemente parece haber producido muy buenos resultados en manos de sus partidarios.

Tacto de Simon.

Estas prácticas de que venimos ocupándonos tienen su mayor éxito cuando el bolo se halla situado lejos del recto y fuera del alcance de la mano; pero, en caso contrario, cuando el bolo se halla cerca del orificio inferior del conducto digestivo, cuando es más ó menos accesible al tacto rectal, su destruccion se verifica por otros medios; ya sea con los dedos introducidos en el recto ó ya con toda la mano en cuyo caso la maniobra recibe el nombre de tacto de Simon, á la que se agrega la trituracion y extraccion de la masa fecal.

Inconvenientes del tacto de Simon.

Es siempre preferible tratar de romper el bolo solo con los dedos y no introducir la mano entera, lo que no se halla exento de peligros, pues se puede producir una ruptura del recto.

Anestésicos.

Tambien es conveniente practicar este tacto bajo la accion del cloroformo para evitar los movimientos del enfermo originados por el dolor que causa el paso de la mano por el ano, tanto más cuanto que habitualmente, cuando el bolo fecal está muy bajo, el orificio anal suele hallarse rodeado de una corona de hemorroides que contribuyen á aumentarlo.

Peritonitis.

Las rupturas del recto consecutivas al tacto de Simon pueden acarrear tambien peritonitis; es pues necesario verificarlo reduciendo lo posible el volúmen de la mano; ó más bien, si la

mano del operador fuera muy gruesa, utilizar la más delicada de cualquiera de los ayudantes.

El uso de instrumentos más ó menos complicados para romper los bolos situados en el recto, no se ha generalizado. Pueden ser unas joyas mecánicas, tener todas las ventajas teóricas que se les quiera conceder, pero siempre pecarán, cuando menos, por un lado; son ciegos, susceptibles de herir la mucosa ó perforar el recto sin detenerse y convertirse así en armas de dos filos tan propensas á dañar como á hacer bien. Instrumentos.

Las insuflaciones de aire, ácido carbónico ú otros gases en el intestino grueso á través de una sonda esofájica, han dado tambien algunos resultados, aunque su empleo no nos parece tan racional como el de las enteroclisis, además de ser su técnica mas difícil. Insuflaciones.

Todas estas medidas pueden ser puestas en práctica siempre que no se presenten síntomas de obstruccion aguda, en cuyo caso la operacion se halla claramente indicada por el estado del enfermo que se agrava por momentos. Estos casos y aquellos en que los medios médicos han sido impotentes para doblegar la afeccion obligan al cirujano á intervenir con más ó menos precipitacion segun el tiempo que haya transcurrido desde los primeros síntomas de oclusion aguda ó el deseo del enfermo de tentar aún fortuna con los medios que ya han fracasado en repetidas ocasiones. Indicaciones.

Decidido el cirujano á intervenir, varios procedimientos tiene á su eleccion una vez que ha abierto el abdómen por la línea media por una incision que permita pasar la mano; es decir, de ocho á diez centímetros de extension más ó menos. Puede verificar la trituracion del bolo al través de las túnicas del intestino y volver á cerrar el abdómen para hacer salir luego los pedazos al cabo de uno ó dos dias, mediante abundantes enteroclisis. Este modo de proceder, de que es un ejemplo la historia clínica que va á continuacion, da muy buenos resultados. Operacion.

«Angel N., vigilante, de veintiocho años de edad, ingresa á la sala X del Hospital Rawson atacado de bolo fecal. Como todos los enfermos de esta categoria usaba y abusaba de los purgantes para combatir la constipacion que cediendo al principio se tornó despues pertinaz sin que se consiguiese vencerla de ningun modo. Hacia dos meses que sus depociones se hicieron muy tardías y el dia de su ingreso hacia Historia.

dos semanas que no defecaba. Estaba algo flaco, pero su estado general era todavia satisfactorio por más que en los últimos tiempos hubiera carecido de apetito y padecido de frecuentes cólicos intestinales, tan fuertes, que le impedian trabajar. El bolo situado en el cólon transverso, se podia palpar bastante bien. Tratamiento: enteroclisis de agua jabonosa, de agua con glicerina y aceite, de aguas gaseosas, sin resultado alguno. Entonces se decidió la intervencion, practicándose la laparotomía en la línea media, supra-umbilical y triturando el bolo, que era bastante duro, con la mano. A los dos dias de operado se le hicieron dos enteroclisis que se repitieron durante los subsiguientes con muy buen resultado ya que fué arrojado el bolo en pedazos. Reunion de la herida por primera intencion; á la salida de la sala se le dan píldoras de nuez vómica para que las use en vez de purgante.

Nuez vómica.

La administracion de la nuez vómica responde á la necesidad de excitar la musculatura intestinal poco activa; es un medio profiláctico para evitar, en lo posible, una reproduccion del bolo. La intervencion no puede ser más sencilla y estar más al alcance de cualquier práctico que no desconozca las reglas de la antisepsia bien dirigida, ó mejor de la asepsia, ya que este último método es el preferible en esta como en todas las intervenciones abdominales.

Casos complicados.

Sin embargo, siempre los casos no se presentan tan fáciles, pues el bolo puede formarse á consecuencia de una estrechez fibrosa del intestino recto, circunstancia que agrava el pronostico de la enfermedad y de la operacion. Nos ha sido dado observar un caso de este género que no historiamos in extenso en obsequio á la brevedad, en que la trituracion del bolo á través de las túnicas intestinales no tuvo buen resultado por existir una estrechez fibrosa muy acentuada. El enfermo falleció por peritonitis, que ya existia parcialmente cuando se intervino.

Tumor próximo.

Del mismo modo puede presentarse el caso análogo de ser un tumor próximo el que disminuyendo el calibre del intestino facilite la acumulacion de materias fecales por encima del obstáculo y la consiguiente formacion de un bolo que concluya por impedir todo paso de sustancias sólidas, líquidas ó gaseosas más allá del punto ocluido. En estas condiciones se

impone la extirpación prévia del tumor para poder conseguir la desobstruccion.

El enfermo P. I. ingresó al Hospital Rawson con todos los síntomas de una oclusion intestinal. Se le hizo la laparotomía y se trituró un bolo sin llevar más lejos la intervencion. El paciente falleció al siguiente dia sin haber arrojado ninguna partícula de la masa, y la autopsia reveló la existencia de un quiste hidático de la pared posterior de la vejiga que estrechaba la luz del intestino y que seguramente habrá sido la causa ocasional del bolo. Historia.

El bolo en este como en el caso anterior no constituye sino un incidente de la enfermedad principal; pero no siempre es considerado así dando orígen á intervenciones incompletas y habitualmente sin resultado. Es necesario, pues, no olvidarse de inspeccionar cuidadosamente el abdómen cuando se hacen laparotomías por bolo, que si bien requiere un tratamiento especial y adecuado no basta siempre como en los casos mencionados para librar al paciente de la afeccion que lo domina.

La reseccion del recto; la extirpacion de un tumor cercano al intestino pueden ser los complementos indispensables de la trituracion cuando no la formacion de un ano preternatural artificial, remedio al que solo se acudirá cuando no se pueda echar mano de otro procedimiento. Otras operaciones.

Cuando el bolo es muy duro y resiste á la presion de la mano, de suerte que hay peligro de lastimar las túnicas del intestino ó cuando existe algun obstáculo á la progresion del mismo, es posible verse obligado á abrir el conducto digestivo y extraer directamente la masa fecal. En estos casos debe precaverse en lo posible el paso de las materias contenidas en el intestino al peritoneo, á cuyo efecto es conveniente colocar á los lados del bolo que se va á extraer, dos pinzas á cierre hermético que, dado el poco tiempo que permanecerán colocadas, no influirán de una manera visible en la nutricion de las paredes. Es el aparato más sencillo y más al alcance de todos los prácticos. Kocher ha demostrado que las pinzas son aparatos inofensivos usados en la forma que lo aconsejamos en los casos de reseccion del píloro (1). Apertura del intestino.

(1) En último caso el cirujano temeroso de comprometer la vitalidad de las paredes puede proteger las ramas mediante hilos de caoutchuc de los comunes de drenaje.

Reseccion.

No es comun que el bolo produzca la gangrena del intestino, pero las raras ocasiones en que tal sucede hacen de la reseccion intestinal una operacion necesaria.

Ano preternatural.

En estas condiciones puede tentarse el establecimiento de un ano preternatural, pero solo excepcionalmente debe tomarse esta determinacion y siempre que por el estado del enfermo no pueda verificarse operacion más completa. El ano artificial debe en lo posible ser inguinal y no lumbar, aunque muchas veces la eleccion del sitio del orificio artificial sea impuesto por la naturaleza y no accesible á los deseos del cirujano.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ANTITOXINAS

SUERO ANTIDIFTÉRICO

Por el **Dr. Federico Susviela Guarch**

(Conclusion)

Permitidme por fin, señores, que aun dejando de lado, en razon de la extension de mi lectura, todo lo importante al diagnóstico de la difteria, pase á los resultados últimos del tratamiento por las antitoxinas, prescindiendo de las aplicaciones del suero sanguíneo iniciales é importantes de Behring, Erlich, Kossel y Wassermam, (1) así como las no menos importantes y posteriores de Roux (2) y de Aronson.

En la Chemical Society de Lóndres, (3) W*ashbourn* informa sobre 80 casos de difteria tratados en compañia de Goodal y Cord con el suero provisto por el «British Institute of Preventive Medicine». En todos estos casos se hizo el diagnóstico bacteriológico, pero sólo en 61 casos se encontró el

(1) Deutsche med. Wochenschrift, 1894, N. 16.

(2) Annales de l'Institut Pasteur, tomo VIII, año 8.

(3) British Medical Journal, 22 y 29 dic.

bacillus de la difteria. De los 80 casos, se excluyeron en un exámen posterior detenido, 8 casos, en los cuales podía excluirse la difteria, tanto bajo el punto de vista clínico como bacteriológico. De los 72 casos restantes, murieron 14 (19 4 %). De estos casos han de deducirse 11, en los que no se encontraron bacillus de la difteria en reconocimientos ulteriores, quedando en fin 61 casos con 13 de de muerte (21 3 %).

En el mismo hospital había sido la mortalidad en 1893 de 41 8 % sobre 397 casos. De 1º de Enero á 22 de Octubre de 1894 de 36 % en 400 casos. De 14 de Setiembre á 22 de Octubre de 1894 de 21 3 % en 72 casos, durante el tratamiento seguido sin sueroterapia. En otros 4 hospitales, en que no se han hecho inyecciones de suero, la mortalidad de difteria alcanzó durante el tiempo á que se refiere este informe á 33' %; 32 2 %; 30 5 % y 32 2 %. En nueve casos se recurrió á la traqueotomía con una mortalidad de seis.

En la observación clínica se comprobó la desaparicion de las membranas bajo el efecto de la antitoxina, así como la disminucion del pulso y el mejoramiento del estado general en los casos graves, sin embargo, sólo entre 48 y 72 horas.

En 20 casos trotóse de una grave intoxicacion, estableciendose un pronóstico malo, pero con todo, salvaron 8 de estos casos.

Los autores dejan en cuestion si los casos de parálisis ocurridos pueden ser atribuidos al tratamiento. Creen que puede haberse producido más albuminuria que en casos no tratados por el suero. Se notaron exantemas en 25 % de los casos entre el 7º y 19º dia; en los general se trató de eritemas con prurito y al mismo tiempo con movimiento febril. Además se produjeron en 6 casos afecciones articulares, comprometiendo la articulacion de la cadera, con ligera fiebre, pero sin aumentar la gravedad de la enfermedad. Se hace notar que aplicando un suero de un segundo caballo, más fuerte que el primero, no concurrieron las complicaciones indicadas.

El Sr. *Herringham* informa sobre 18 casos tratados en el Hospital St Bartholomeus. En 14 se comprobó el bacillus de la difteria, 7 casos eran benignos, 5 graves y 5 muy graves. De los 18 casos debiéronse hacer 10 traqueotomias, y 1 intubacion. De los 10 que sufrieron la traqueotomía, murieron 3, mientras que en el año pasado fué doble la mortalidad. La edad de los enfermos varió entre 20 y 39 meses.

El Sr. *Lennox Browne*, observó una desaparicion rápida del infarto glandular y de la fiebre, despues de la inyeccion. De 3 casos tratados por él murieron 2, bajo anuria completa despues de la inoculacion.

El Sr. *Goodal* agrega á la estadística del primer operador 32 casos inyectados al tercer dia de la enfermedad; murieron solamente dos; de 29 enfermos inyectados al cuarto dia de enfermedad ó mas tarde, murieron sólo 11. Para él no puede atribuirse la albuminuria al nuevo medio, como lo cree el Sr. *Lennox Brown*, pues por una parte estas complicaciones no son raras en la difteria, y por otra ha podido observarse algo semejante en casos inyectados que no eran de difteria. Hasta aquí el último informe de la Chemical Society de Lóndres.

En cuanto á los resultados en el país entero, publica el «Britisch Medical Journal» une série de comunicaciones de las cuales serian las más importantes las siguientes.

En el primer tiempo la antitoxina disponible fué la de Aronson, más tarde la de Roux y por último la de Behring y la de Klein y de Ruffer.

Segun la edad dividense los enfermos de 1 á 13 años. Las inyecciones se practicaron en nueve enfermos, durante el primer dia de enfermedad, en 11 enfermos durante el segundo dia y en 18 enfermos al tercer dia; en 5 casos al cuarto dia y así sucesivamente hasta el vigésimo tercer dia.

De los casos en cuestion, se consideraron como graves 66, semi-graves 21 y leves 3. Salvaron 74 casos, mientras se perdieron 16 casos, es decir, como 18 %. Estas cifras son favorables á primera vista, pero puede caber la duda si todos los casos son de difteria, por haber faltado frecuentemente el diagnóstico bacteriológico. En 59 casos se carece de ese diagnóstico. En 27 casos se cuenta con él.

Se practicaron 23 traqueotomías; de éstos en 15 casos fué favorable el resultado.

Se produjeron parálisis postdiftéricas en 4 casos y amenazas de parálisis cardíaca. Sólo 4 veces se produjeron exantemas, una sola vez un exantema parecido á escarlatina, propagado desde el punto de la inyeccion.

Se notó albuminuria una vez al tercer dia, despues de la inyeccion, una vez en la reconvalecencia y una vez al noveno dia despues de haber estado libre la orina desde el quinto dia.

En la clínica médica de la Universidad de Greiswald, director

Borger, se trataron 30 casos (5 con traqueotomia y 1 caso de muerte), con el suero de Behring, 28 casos de difteria pura, de los cuales sólo murieron 2. La mortalidad de todos el año anterior fué de 20 %.

En la estacion de difteria del Hospital de Magdeburg-Altstadt, director Moeller, se anotan las siguientes experiencias. El número de los niños entrados por difteria aumenta desde 1888 (84) constantemente; en los dos últimos años fué de 563. Desde mediados de Agosto se aplicó el suero de Behring, no usándolo en los casos muy leves ni en los moribundos. Aquí se comprueba una mortalidad de 16 % menos en favor del tratamiento por el suero.

El Dr. *Hager*, de Magdeburgo, da cuenta de 25 casos de difteria tratados por el suero; 8 leves, 6 semi-graves y 10 graves con un solo muerto despues de la traqueotomía. La curacion de los demás casos ocurrió de una manera tipica. Mejoramiento subjectivo despues de 24 horas de la inyeccion, disminucion del infarto glandular, paralizacion del proceso local y limitación completa de las membranas, desaparicion de éstas á las 96 horas, apirexia despues de 48. No puede despues de esto dudar el autor del buen efecto del medicamento.

Este autor recomienda la aplicacion rápida del mismo. Observó tres veces albuminuria consecutiva, 5 veces exantemas en el punto de inyeccion. Una vez en sitio alejado de ese punto.

De 35 niños inmunizados, enfermaron 3, de los cuales curaron 2 espontáneamente y 1 despues de la inyeccion de 900 unidades de antitoxina.

El Dr. *H. Kossel* del Instituto de enfermedades infecciosas del professor Koch, en Berlin, cree que puede darse por admitida la eficacia del suero, á juzgar por el número de publicaciones favorables aparecidas, deduciendo diferencias en las opiniones sobre algunos puntos.

La cuestion de accion inofensiva, la tiene él por resuelta de una manera favorable, prescindiendo de los pocos casos de complicaciones, como urticaria, dolores articulares, inflamaciones glandulares, en las que puede haber tenido su parte las diferentes clases de suero empleadas al principio de la preparacion. En cuanto á la Nefritis, no la cree más frecuente que en los casos ajenos al tratamiento por el suero. El efecto curativo lo considera como seguro. De 117 casos de difteria tratados en

el Instituto de enfermedades infecciosas desde el 15 de Marzo hasta el 1º de Diciembre del año pasado, con suero antidiftérico, casos con que se comprobó siempre el bacillus de Lœffler murieron en total 83 (11'1 % incluyendo 2 no inyectados 12'6 %). De 73 enfermos entrados en los tres primeros dias de enfermedad 1 (1 4 %), mientras la mortalidad alcanzó en los años pasados de 52 4 á 60 8 %. De 7 niños menores de 2 años murió 1. De 44 con difteria laringea curaron 32 sin operacion. De 23 cuya mayoria sufrió la traqueotomia en los dos primeros dias de entrada murieron 12 (52 2 %). No pudo comprobarse la propagacion de la difteria hácia la laringe, cuando ésta no se halló afectada desde el primer dia de entrada. En contra de otras observaciones, notó el autor un descenso de la temperatura cuasi crítico en los casos recientes, faltando esta circunstancia en casos de infiltracion glandular, de nefritis, de obstipacion, ó cuando el proceso habia ya invadido la nariz y la laringe de una manera considerable. Iguales observaciones comunican los autores franceses. Además, una influencia favorable sobre el desprendimiento de las membranas á lo cual precede siempre una demacracion clara de las mismas.

El autor llega á la conclusion de que no podrán curarse todos los casos con suero, teniendo esta curacion siempre lugar en los casos recientes y no complicados. Tambien en el tratatamiento tardio el pronóstico es siempre más favorable por medio da la sueroterapia que sin ella.

El Profesor Dr. *Sonnenburg* de Berlin, (Stadtischen Krankenhause Moabit) comunica tambien nuevas observaciones.

Hasta fines de Octubre tratáronse 95 niños por el suero; entre éstos 6 muy leves que salvaron y 6 desahuciados que murieron, los 12 no inyectados. De estos 107 enfermos curaron 79'4 %; sufrieron la traqueotomia 34, con 26 (76'5 %), curados. Durante dos intervalos en que se careció de suero, se trataron 116 niños, de los cuales salvaron 84 (72'4 %). Sufrieron la traqueotomia 47, con 29 (62 %) curaciones. Una parte de los niños recibió al principio cantidades insuficientes de suero.

Resultó en todo para el tratamiento por el suero una mortalidad en 7 % más favorable que sin este tratamiento, esto durante una epidemia leve. Principalmente en el último tiempo bajo la aplicacion de grandes dósis, la accion del suero sobre el estado general y el desprendimiento de las membranas, pudo considerarse como completamente favorable. Fuera de urti-

caria é inflamacion de las articulaciones, ninguna otra complicacion. De 16 niños tratados de una manera profiláctica con 60 (despues con 150) unidades, enfermaron 2, el uno 24 horas, el otro 5 semanas despues de la inyeccion; los dos dominaron inmediatamente la enfermedad rápida y fácilmente despues de una inyeccion de suero.

El autor no ha considerado como diftéricos sino los casos en que se ha comprobado el bacillus de Lœffler.

El Profesor W*iederhofer* de Viena ha aplicado en 100 casos de difteria la sueroterapia (1), excluyendo todos los casos leves para no tratar sino los graves y gravísimos y aun mismo los desahuciados, además niños en el primer año de vida y enfermos procedentes de familias en que habia ocurrido un caso de muerte por difteria. Murieron de los 100 enfermos de difteria tratados por el suero 24 cifra de mortalidad que comparada con la de los 9 primeros meses del año (52 6 %) acusa una disminucion de mortalidad de 28'6 %. En 96 casos de los 98 reconocidos, hallóse el bacillus de Lœffler.

Confirma W*iederhoffer* la necesidad del pronto tratamiento durante los tres primeros dias de enfermedad, pero no cree sin esperanza el tratamiento más tardio.

Como consecuencia del tratamiento asombró el efecto sobre el estado, luego la transformacion del exudado amarillo en un exudado blanco lechoso, principalmente en los casos de difteria pura, luego un descenso del pulso de 160 y más al número normal. El descenso de la temperatura sólo fué marcado en algunos casos. Es de notar que en los casos de Wiederhoffer con difteria nasal ésta fué favorablemente influenciada, no originándose consecuencias que partieran de la nariz.

W*iederhoffer* deduce una série de conclusiones, las unas ya comprobadas, las otras á título de serlo. Es seguro ya que el suero sobrepasa á todos los otros métodos conocidos contra la difteria. En la difteria pura el efecto del suero es marcadísimo, en los tres primeros dias de la enfermedad; de ahí en adelante dudoso, pero no fuera del objeto.

El Professor *Bokai*, Director del Hospital de Niños de Budapest, despues de haber publicado el resultado favorable sobre 35 casos, pero habiendo, á pesar de esto, dejado su juicio

(1) K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

en suspenso respecto del resultado definitivo, informa hoy sobre 120 casos más y llega á las conclusiones siguientes:

1º Considero mis experiencias sobre la accion del suero de la fábrica de Hochster como terminadas, por haber ganado, en mis 120 casos el convencimiento de la accion específica y favorable del suero de Behring contra la difteria.

2º Segun mi experiencia, sobrepasa en accion el suero á todo otro tratamiento contra la difteria, etc., etc.

Por fin, hé aquí, segun la Deutsche med. Wochenschrift, de 11 de Abril próximo pasado, las conclusiones del importante relato del Profesor *Heubner*, sobre la accion del suero antidiftérico, en el Congreso de Medicina de Munich del 2 al 5 de Abril.

El relator se halla convencido de que el suero antidiftérico de Behring constituye un descubrimiento que hará época en la ciencia terapéutica, no pudiendo caber ya duda respecto de de su accion favorable en la marcha de la difteria pura (de Bretonneau). En presencia del material estadística, demuestra, á pesar de las dificultades que la estadística ofrece en Medicina, el hecho de una disminucion de la mortalidad por difteria en Berlin de 44 % á 21 %. La benignidad en la marcha de la enfermedad bajo la accion del suero, se ha comprobado en todos los casos en que el tratamiento ha comenzado desde temprano y ha sido razonable. Estos resultados no podrian ser efecto de la casualidad, ni de una menor gravedad del genio epidémico igualmente casual.

Entre otros datos estadísticos deben considerarse preferentemente 525 casos de difteria anotados por el Profesor Baginski en el Kaiserin Friedrick-Krankenhause de Berlin, tratados por la antitoxina de Aronson y de Behring. La mortalidad fué en esta totalidad de 15 %, mientras que ella alcanzó en Berlin durante un lapso de tiempo igual á 41 %.

Ante todos los resultados que acabamos de enumerar, las objeciones levantadas contra la antitoxina, son más bien de un órden teórico y preventivo, que realmente práctico. El espíritu de reserva más que todo aleccionado por los insucesos de la tuberculina, debia necesariamente determinar esta conducta. Bajo este concepto puede interpretarse la actitud de Bergmann y de Virchow, quienes han estimulado en seguida la aplicacion de las antitoxinas.

Fuera de las objeciones de Kassowitz (1), (Viena), así como las de Drasche (2), que nos repiten la posibilidad de una disminucion en la mortalidad por un carácter más benigno de la enfermedad y las prevenciones contra la exageracion, ó prejuzgamiento del optimismo, lo mismo que las de Hanseman de Berlin, no se han presentado, á la verdad, objeciones más sérias en contra de la antitoxina.

Aun las complicaciones mencionadas y otras que pudieran publicarse, ¿son acaso capaces de desvirtuar los resultados favorables obtenidos ya en número tan considerable para la práctica de este tratamiento? No parece que esto pudiera tener lugar. Conocemos de todo tiempo las numerosas complicaciones de la difteria. ¿Por qué las hemos de considerar hoy como un argumento contra el uso de las antitoxinas?

La cuestion cambiaria de aspecto si, como en el caso de la tuberculina, pudieran anotarse alteraciones orgánicas apreciables por la autopsia y posibles sólo como ocasionadas por la antitoxina.

Pero estamos felizmente lejos de esta eventualidad. Kolicko, de viena, ha practicado 75 autopsias en niños que habian sido tratados por la antitoxina, sin encontrar diferencia alguna respecto de las autopsias anteriores, lo mismo en los riñones que en otros órganos. En los 5 puntos de inyeccion halláronse alteraciones, como enrojecimiento é infiltraciones hemorrágicas. Hé ahí todo.

Conjuntamente con el espíritu sensato de discrecion, cuya conveniencia hemos reconocido nosotros mismos (3), una causa más temida detendrá sin duda en sus progresos la nueve terapia. Esta causa es la ausencia del espíritu bacteriológico, para abrazar con rapidez los fundamentos del tratamiento y combinar el medicamento de manera más eficaz. Pero este espíritu hará su camino en el terreno de las enfermedades infecciosas, como antes el pensamiento anatómico en el campo de la medicina sintómatica, y el esfuerzo y el tiempo, yo lo espero, confirmarán en el porvenir nuestras esperanzas, enriqueciendo el templo de la medicina, con el tesoro de un agente llamado á

---

(1) «Berliner Klinische Wochenschrift».

(2) id id 1895

(3) «Anales del Circulo Médico».

desalojar la difteria del seno de las familias, á romper esa espada suspendida por tanto tiempo sobre la cabeza de los seres que, originados por el amor, son causa y prosecucion eterna del amor en el templo del hogar.

¡Qué hermoso, es, señores, contemplar los horizontes de la sueroterapia y anotar sus resultados favorables en la Difteria!

Nunca puede el beneficio deparado por la ciencia médica, ser más grande que cuando es aplicado á los niños en su inmensa debilidad.

Seméjase entonces nuestra Ciencia al águila poderosa descendiendo de la elevada cima, para cobijar bajo sus alas los gérmenes de la humanidad!

EL ESFUERZO COLECTIVO

De la Tierra del Fuego á Méjico, en estos paises nuevos que emplean un idioma sonoro en que la palabra *énfasis* entra en tanta parte, se oye todos los dias hablar de talento, originalidad, grandes hombres, obras inmortales y descubrimientos de genio, que, por otra parte, no traspasan las fronteras locales y duran un dia, como la hoja volante en que han sido celebrados.

Una minoria inteligente se sonrie, aquí mismo, de esas exageraciones inofensivas: sabe que se trata de modos de hablar sin consecuencia. Ese grupo elegido, cuya inteligencia real y sentido crítico conocemos, tendria derecho de protestar contra esas inflazones verbales, viendo en ellas una convención muy humillante para el espíritu nacional.

Pues, en fin, si el hecho de haber traducido y asimilado apresuradamente algunas obras europeas, haber pasado uno ó dos años, á título de extranjero, en la Escuela de Bellas Artes, Conservatorio de París ó de Leipzig, en la Facultad de Medicina de Berlin ó de Viena, ó en cualquier otro establecimiento profesional, bastan para ser proclamado gran hombre, apenas vuelto al redil—es, evidentemente, que al atravesar el Atlántico se ha cambiado la unidad de la medida.

Si solo necesitáis un número abstracto y contáis por varas ó piés, como allá por metros; si os contentáis, como los brasileros, con ser tenidos por millonarios, aunque se trate de *reis:* — no habria mas que entenderse. Pero os lo repetimos, con estas exageraciones pueriles, confesáis colocaros por debajo de la medida comun, y el agravio mas ofensivo para vuestra dignidad nacional, vosotros mismos lo causáis. Quisiéramos á este respecto, emitir algunas ideas útiles, aprovechando el paréntesis natural que hace el Domingo á los menudos asuntos materiales, y no hay que decirlo, sin intencion de herir á nadie.

Cuando oíamos siendo niños, hablar de las cimas del Himalaya cubiertas por nieves eternas y se nos citaba soberbias cumbres, nos figurábamos el monte Dapsang, ó el Gourisankar, mas alto aún, como un inmenso cono abrupto, un pan de azúcar plantado en la llanura, y cuyas rígidas pendientes debia escalar el atrevido viajero con un impetuoso esfuerzo hasta alcanzar los 8800 metros indicados en el mapa.

Et cela se passait dans des temps tres anciens...

Se da uno cuenta mas tarde, que no existen esos picos aislados, esos bellos *panes de azúcar* en la naturaleza, y que las cimas proverbiales no son mas que puntos apenas culminantes de una cadena inmensa, indefinidamente ramificada de valles y altip'anicies sucesivas. Los montes citados con admiracion son los *primi inter pares*, en un vasto sistema que se extiende por millares de kilómetros en longitud y anchura; y esos dos ó tres picos de 8000 metros no son posibles, sino á condicion de la masa prodigiosa que los rodea y alcanza casi su nivel.

Sucede lo mismo en los sistemas sociológicos. Los hombres de génio, las grandes obras originales que dominan un siglo, no se presentan aisladas sino en las concepciones infantiles de las multitudes. En realidad, esas cosas y esos hombres de proporciones sobrehumanas y tempranamente legendarias, no son tales mas que por el simbolismo y la representacion: podria decirse que no tienen individualidad mas que por sus cúspides brillantes, pues el resto de su mole se confunde con las masas vecinas y no se destaca. Alrededor de Shakespeare, hay diez poetas precursores, contemporáneos ó sucesores, semejantes y

casi iguales á él. Y lo que, para el arte podria parecer discutible, resulta cada vez mas evidente en nuestros dias para la ciencia, la filosofia, la erudicion, las mil tentativas simultáneas de la investigacion humana.

La civilizacion haciéndose cada dia mas una obra colectiva, apenas agrupada por naciones, cierto es que el hombre superior y la obra culminante no pueden ser sino el accidente feliz irguiéndose un poco arriba del nivel que lo rodea. Este hombre superior se ha confundido largo tiempo con émulos de su talla; gracias á la situacion elevada en que ha encontrado su generacion nacional ha podido, no sobrepasando á sus rivales mas que por una altura relativamente mínima, alcanzar tan gran elevacion absoluta sobre el *cero* de la multitud ignorante.

Resulta, entonces, que esta produccion excepcional, que la ilusion popular ve aislada y fortuita — «providencial» como se dice, — tiene por condicion necesaria ese laboratorio colectivo en el que los esfuerzos oscuros se unen combatiéndose, esa lucha febril por la civilizacion, por la superioridad intelectual y moral que llega hasta la seleccion del génio. Donde quiera que una individualidad original y poderosa erige su frente gloriosa, podéis afirmar que un grupo fraternal de émulos y de epígonos, de su misma naturaleza y casi de su valor, le rodea y le secunda: el árbol jigante delata la selva.

Para que se produzca un Pasteur y nos dé su medida, es poco decir que ha recibido el génio y lo ha fecundado por el estudio y la labor incesantes: menester es agregar que crecia en un terreno enriquecido por tradiciones seculares de investigacion científica, y que además, ha debido emprender una lucha encarnizada, pero útil, con centenares de rivales casi tan bien dotados como él, y cuyas investigaciones múltiples y descubrimientos parciales eran una colaboracion inestimable, mas aun que una concurrencia peligrosa.

Y, bien comprendido esto, se debe sonreir cuando la prensa proclama que un Ferran cualquiera ha reventado en cualquier parte, en un medio poco propicio, donde la investigacion científica es aislada y precaria – Ferran es el Pasteur de un país que no ha tenido Lavoisier y no tiene Berthelot. En fin, bajo su aspecto paradójico la mis-

ma negacion es legítima ya se trate de filosofía ó literatura, de pintura ó de música. Antes de poder engendrar la obra maestra es menester laboriosa y largamente prepararle su habitáculo, con el concurso infatigable de mil esfuerzos colectivos. El génio virtual no es viable: es atacado de detencion de desarrollo por insuficiencia del medio nutritivo.

Niños, jóvenes y viejos de estas naciones formadas de aluvion, cesad de envaneceros de palabras sonoras y huecas alabanzas.

Es prematuro esperar el génio que no está próximo á llegar.

Su llegada anunciada la reconocereis por este signo: cuando la ruda ley de la existencia se descargue sobre vosotros, el estudio forzado y la lucha de cada grupo comenzarán en la infancia, en la misma escuela y continuarán sin trégua ni reposo hasta la vejez; cuando la sed de saber y un ideal de nobleza intelectual y moral enciendan una llama inestinguible en el alma de la juventud, cuando una fiebre de pura ambicion consuma los mejores de vosotros y les haga preferir el esfuerzo doloroso á la satisfaccion fácil, cuando dos ó tres generaciones sinceras y valientes se hayan asimilado los métodos y las prácticas de los que elaboran en otra parte el pan de la vida que vosotros aprovecháis; entonces, tal vez, tendréis grandes hombres, produciréis algo mas que reflejos y ecos; á vuestro turno aportaréis vuestro óbolo al tesoro secular de la civilizacion. No esperéis, sino, génios providenciales.

Dios ya no crea: es la misma humanidad quien debe continuar la obra de seis dias y cumplir en el trabajo y el dolor, su lenta evolucion hacia la luz!

P. Groussac.

HIPNOTISMO Y FASCINACION

TRASMISION DE LA VOLUNTAD

(A propósito de polémicas recientes)

Señor Director de los Anales del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO:

Despues de haber leído los reportajes de médicos distinguidos sobre Onofroff y sus experiencias, y posteriormente el artículo del señor Fl. Madero, publicado en «El Tiempo» del 13 del corriente, me permito solicitar de Vd. un lugar en la revista que dirijé, á fin de exponer el resultado de experiencias análogas y las apreciaciones que ellas me han sugerido.

Mientras el señor Madero, con su *ojo de pruebista*, lleno de malicia, reproducia las pruebas de Onofroff y perseguia á éste á fin de descubrir su *truc*, nosotros, habiéndole visto una sola vez en el teatro, pero conformes con que *de todo hay en la viña del Señor,...* repetiamos dichas pruebas con suma facilidad, ya sirviendo de *sujeto*, ya guiando indistintamente á cualquiera que se prestara á serlo á su vez.

Admiro el estudio psicológico de Onofroff y de su inductor, lleno de gracia y perspicacia, hecho por el señor Madero y le ruego no quiera honrarme con la condecoracion (ú otra análoga) que depara á Onofroff; pues no me lleva en esto ni amor propio, ni menos amor al *arte*.

Nada diríamos si solo se ocupára el señor Madero, de Onofroff, del artista, como dice, y no del *sujeto*; pero es que, así como tambien se vé en algunos de los reportajes aludidos, á la vez que se combate á aquél se niega la existencia de éste; y, por si quedára duda, sienta el señor Madero su juicio en citas de médicos de gran autoridad.

Convencido yo, á mi vez, no trato de saber si Onofroff es un artista ó un *sujeto* y solo voy á sostener que sin necesidad de ser *brujo, excelso adivino, ser sobrenatural* ó un *divinizado*, puede hacer esos *milagros*, un *buen sujeto*: —y esto, á pesar de los hermosos párrafos que de Tar-

chanoff trascribe el señor Madero y de la fina sátira en que éste envuelve, por adelantado, á quien se anime á establecer la controversia.

No poder penetrar ciertos hechos y dar de ellos una explicacion satisfactoria no impide que ellos se produzcan, y las palabras serán siempre palabras por más que ellas partan de un sábio y un filósofo; pero cuya luz intelectual, por viva que ella sea, tiene tambien su penumbra y su sombra... Y es extraño que el señor Madero que, en algunos párrafos de su artículo se muestra tan práctico, en otros, se ajuste estrictamente al *Magister dixit*.

Yo perdonaria á Onofroff su truc, arte ó como quiera llamarse, basta que haya servido á provocar el reportaje al doctor Cabred; pero hay más: estas cuestiones de hipnotismo y trasmision de la voluntad, tan discutidas en la actualidad, son de gran importancia del punto de vista psicologico y social. ¿Hasta dónde podrá ser responsable un individuo que comete un crímen arrastrado por una sugestion posthipnótica? ¿Es esto posible? ¿Cómo comprobar dicha sugestion?

El hipnotismo de que forma parte el *estado de fascinacion* hace mucho que se practica entre nosotros con fines científicos ó humanitarios. Lo único que me sorprendió fué la rapidez para determinar ese *estado*, así como el medio de conocer la susceptibilidad de los *sujetos* que usa Onofroff.

Se comprende que una niña de ojos hermosos fascine con rapidez á un jóven de corazon sensible; pero seria sorprendente y ridículo que la fascinacion fuera de tal grado que entrara éste en convulsiones y quedara prendido de los ojos de la Dulcinea; pero *blague à part*, el doctor Brémand de la Escuela de Medicina Naval de Brest, lo ha obtenido en séries numerosas de jóvenes de 14 á 26 años (que son los que prefiere Onofroff), compuestas de médicos, oficiales y soldados, robustos y sanos, en el espacio de segundos á tres minutos.

En cuanto á la *sugestion*, se puede ir hasta donde se quiera, y se sabe que el *sujeto* se educa tanto á ésta como al *estado de fascinacion*, y se obtiene mejor resultado despues de cuatro ó cinco sesiones que en la primera, facilitando las diversas sugestiones, las condiciones del *su-*

jeto, sus hábitos, cultura, etc., así: bailará ó cantará mejor el que esté acostumbrado á hacerlo en estado de vigilia y resistirá menos á ciertas sugestiones ridículas (cambio de personalidad por un viejo, general, etc., acróbata) cuantas más veces haya sido hipnotizado. Se entra más pronto en *estado de fascinacion* cuantas más veces se ha practicado; pero, lo que no ocurre en la sugestion, llega pronto el sujeto á no ser fascinado sinó que cae inmediatamente en catalepsia.

Así, pues, cuando más tendremos derecho á creer que Onofroff ha presentado individuos *educados*, en lo que habrá hecho muy bien; pues si hubiera de ponerse á hipnotizar en un teatro como un médico en su gabinete, se habria expuesto á una justa silbatina.

En cuanto á que los sujetos eran realmente fascinados, no me cabe la menor duda: ellos no *representaban*.

Pasemos á la trasmision de la voluntad, que tanto ruido ha hecho, trasmision del pensamiento, telepatía, adivinacion, etc. Creemos que en esto tampoco hay encantamiento ni farsa y que todo consiste en la suspension de las funciones psíquicas; en saber anular la voluntad y la imaginacion á fin de ser fiel instrumento del que manda: éste seria el arte que deberá perfeccionarse practicándole noche á noche, como lo hace Onofroff.

Hemos hecho personalmente las experiencias de Onofroff y guiado á muchas personas en idénticas pruebas: muchas veces con éxito completo, otras con éxito mediano y pocas veces sin éxito. ¿En qué consisten estas diferencias?

Son muchas, por lo general, las personas que concurren al desenvolvimiento de la prueba, dos principalmente: el *sujeto* y su *guia*; diferentes los locales en que se practica, y tanto aquellas como éstos, así como las circunstancias en que se realiza y la naturaleza de la prueba misma, tienen su parte en el resultado.

El sujeto y su guia.—Un *buen sujeto* trabajará con tanta mayor limpieza y prontitud cuanto más se le asimile su guia, sepa éste concentrar mayormente su atencion y mandar (mentalmente) con imperio. Un *buen sujeto* hará lo que se le mande, pero con titubeo cuando es mal dirigido; y, en cambio, he visto *malos sujetos* hacer su prueba aunque sea lentamente siempre que sean bien dirigidos. (Por

direccion no entiendo llevar la mano,—he hecho las experiencias en las mismas condiciones que Onofroff;—sí, he observado que *malos sujetos* consiguen su éxito tomados de la mano del guia, pero en estos casos me he dejado llevar por ellos á fin de evitar el movimiento que yo pudiera impulsarles.)

¿Las disparadas, saltos, etc., de Onofroff son farsa?

Creemos que no. Casi siempre que nos hemos prestado á la experiencia nos hemos sentido arrastrados fuertemente poseidos de una hiper-excitacion nerviosa, llevando por delante lo que nos ha impedido llegar al fin y cuando llegamos al objeto que se nos ordena, le tomamos con violencia y seguridad.

He dicho que trato de perder la conciencia de lo que hago, anular mi personalidad; por lo demás, nada me costaria proceder con calma, pues conservo mi inteligencia y sé que corro; pero dudo del éxito si me detengo, y en caso de obtenerlo, me quedaria la duda de si habia sido obtenido por trasmision de la voluntad ó por discernimiento.

Una de las personas que he dirigido procede con violencia tambien y es un *buen sujeto.* Coincidencia digna de notar: se hipnotizó en la primera sesion con suma facilidad atravesando rápidamente todos los períodos.

La mayor parte de las que he dirigido hacen sus pruebas con calma sin por esto dejar de terminarlas bien; algunas son muy pesadas (son las que llamo *malos sujetos*) y exigen del guia fuerte tension del espíritu.

Si yo hubiera de guiarme por la vista no apretaria fuertemente los ojos, como lo hago, á fin de abstraerme en lo posible del medio en que actúo; si me incomoda el pañuelo es por la compresion que ejerce. El guia me molesta cuando me imprime alguna direccion, ó se interpone á fin de evitarme un golpe ó que rompa algun objeto.

He tratado de no engañarme tanto cuando he hecho las experiencias como cuando las he dirigido; y esto me ha dado la conviccion de que el hecho, que era ya conocido entre nosotros, antes de que viniera Onofroff, es muy realizable y cierto en su esencia, sin que esto quite que Onofroff le rodee de cierta mímica que le haga de más efecto; pues, como dejo dicho, el *sujeto* puede moderar sus movimientos.

Decia que influye el *local*, y efectivamente: dejándonos llevar por la impulsion recibida pronto se tropieza con objetos varios en un sitio reducido: si es un comedor, se teme romper un cristalero; si una sala, estropear un mueble delicado, y este temor impide que se anule la conciencia como se requiere.

Además, se dificulta la prueba por el consiguiente embarazo de los movimientos.

Habrá entonces sujetos que trabajarán mejor en un sitio espacioso; en cambio, aquellos más moderados se encontrarán mejor en un sitio reducido donde pronto hallaran lo que buscan, no debiendo distraer su atencion en una larga caminata.

Las *circunstancias* y *personas* que presencian influyen poderosamente sobre el *sujeto*, y así me explico que Onofroff no haya obtenido igual éxito en el Departamento, ante médicos de reconocida ilustracion que iban á ser sus jueces, que, en el teatro en que está, por otra parte, acostumbrado á trabajar: una nocha nos pidió un colega, en su casa, repitiéramos algunos ensayos que nos habia visto hacer en otra; pero en esas circunstancias se presentó otro colega incrédulo que nos desarmó moralmente: prévios algunos fracasos dimos completo resultado, reforzado este (diremos así) por el obtenido en esa misma sesion por una niña de 15 años, á quien guiamos, y que nunca se habia presentado á estas experiencias.

Influye tambien la *prueba* en sí misma:— Nos ha ocurrido detenernos varias veces en la cabeza de alguna señora, de donde se nos mandaba sacar una flor y ponerla en la de otra; siendo en su fondo la misma prueba, no hemos trepidado en tomar el boston de la mano de un hombre y llevárselo á otro indicado.

Hemos dicho ya: el secreto para nosotros está en que el *sujeto* sepa hacer completa abstraccion de su *yo* y algo en su temperamento; y conseguirá tanto mayor éxito cuanto que el que le sirva de *guia* se le asimile más y sepa concentrar mejor su espíritu llegando hasta guiar mentalmente sus pasos y movimientos. Así se explica como muchas causas que obran ya sobre el *sujeto*, ya sobre el *guia* pueden influir para un fracaso; ó al menos para que se prolongue la experiencia y se haga pesada.

Yo no sé cómo Onofroff, que se lanza rápidamente, pueda *ver* á su guia que deja atrás y por más arte que tenga, cómo ha podido éste pasar desapercibido por tanto tiempo á un público tan malicioso é inteligente como el nuestro.

Creo, francamente, mas difícil y curioso el arte del Sr. Garcia para *ver* y me inclino más bien á pensar, con algunos médicos que se han ocupado del asunto, que el Sr. Garcia (á quien no he tenido la suerte de ver hacer sus experiencias) debe poseer un sistema nervioso exquisito y que, puesto en experiencia, sufrirá una hiperacuidad sensorial que le permitirá ver, oir, sentir, lo que otro no veria, oiria, ni sentiría.

Onofroff podrá engañarse; pero no creo que hubiera llevado su audacia hasta el Departamento; deberia haberle bastado haber hecho su Mayo en los teatros: cuando más seria, creemos, un alucinado.

En cuanto á los peligros de sus experiencias, el hipnotismo no puede pervertir el sentido moral, y esos muchachos, de que habla el Dr. Cabanillas en su reportaje, si no anduvieran haciéndose fascinar andarian sacando el dinero de los bolsillos á los que hoy son sus fascinadores. Por otra parte, pronto se les acabará el don de ser fascinados.

Entre los fenómenos de hipnotismo y trasmision de la voluntad existe, á mi modo de ver, estrecho parentesco, no siendo esta última sinó una sugestion mental. He observado anteriormente cómo un *buen sujeto* para la transmision de la voluntad se hipnotiza rápidamente desde la primera sesion.

Quizás el *buen sujeto* se sonambuliza al entrar en experiencia, conservando algunas de sus facultades, como sucede en el sonambulismo provocado.

Hay aceptados por la ciencia fenómenos más curiosos é inexplicables aun que el que nos ocupa.

Dumontpallier tiene declarado ante la Sociedad de Biología haber hecho entrar en contraccion determinados músculos de una hipnotizada por la *vista* sola; así como fijando la *vista* sobre la 3ª circunvolucion frontal quedará completamente mudo é inerte el *sujeto* que momentos antes

hablaba ó escribia, y, por el mismo medio, recuperar el habla, etc.

Y la hipnosis hemi-cerebral en que una mitad del cuerpo queda en resolucion mientras la otra en letargia ó catalepsia ó sonambuliza ?

No es un hecho ordinario despertar un sonambulizado por la vista de su hipnotizador ?

Y la accion de los medicamentos á distancia en el *sonambulismo profundo* conservando aquellos su accion fisiológica íntegra observado por Bourru y Burot, profesores de Rochefort y comprobado por Charcot y Brouardel?

No existe la sugestion posthipnótica en que el *sugeto* obedece la órden dada durante el hipnotismo mucho tiempo despues de pasar este estado ?

No son tan difíciles de explicar, por lo menos, experiencias como las de Luys y su jefe de clínica, Encausse, en el Hospital de la Caridad, llamados de *transferencia (transfert)?* En un individuo con seis años de torticolis colocó por cinco minutos una corona de hierro imantado; dicha corona la pasó á otro individuo hipnotizado préviamente en otra habitacion sin conocimiento de la experiencia. Inmediatamente empezó éste á torcer su cabeza quedando, durante la hipnotizacion, en igual forma que cuando el primero comenzó á sufrir su enfermedad.

El experimento se ha repetido en otros enfermos, pasando la corona de este hipnotizado 24 horas despues, con idéntico resultado. Aquí no mediaba sugestion verbal absolutamente. Es el hombre un iman? Habia una *fuerza neurítica radiante* del experimentador al sujeto ?

No confundamos estas ni aquellas experiencias con la *sesion de las tinieblas* de Iria y William Davemport, con las que no tiene relacion alguna, como no la tienen con los juegos de prestidigitacion. Seré un soñador; pero estoy dispuesto á creer sin esperar explicaciones cuando los hechos hablan : *E pur si muove.*

Más difícil de explicar que todo esto es indudablemente el hecho trascripto últimamente en *La Prensa* de un niño de 7 años que mirando á su madre contesta inmediatamente con verdad á sus preguntas, bien puede ser la solucion del problema más difícil de matemáticas, que él no

conoce. Los médicos en Paris han comprobado el hecho; y cómo lo explican?

Por cierta corriente simpatica que puede existir entre determinadas personas; *vibraciones*, como lo dice el Dr. Cabred en su reportaje: en una palabra: el *fluido* de Mesmer, del siglo pasado.

Y este no es caso de *transmision de la voluntad*, sinó real y efectivamente del *pensamiento*, por más que esto *importa una amplitud latísima* y la ciencia no acierte á explicarle.

Mas tarde quizás llegue una explicacion científica y razonada de hechos que por hoy parecen sobrenaturales y de que sólo el espiritista convencido se dá cuenta.

DR. JOSÉ S. PICADO.

Junio 15 de 1895.

MEMORIA

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

CORRESPONDIENTE

Al período de 29 de Junio de 1893 al 28 de Junio de 1895

SEÑORES:

Al hacerme cargo de la Presidencia de la Asociacion os manifesté que me consideraria feliz si al entregarla al que me sucediese, se hallase ésta en el mismo estado de prosperidad que la tomaba; y hoy me es grato comunicaros que mis aspiraciones han sido colmadas con creces, pues no solo se halla próspera, sino que ha avanzado muchísimo en el sentido de su bienestar positivo, encontrándose en un pié de adelanto al que jamás habia llegado.

Gracias á estos adelantos podemos hoy al conmemorar el XXº aniversario de su fundacion verla alojada en edificio de su propiedad.

Los ingresos de sócios son de dia en dia mayores, lo que agregado al entusiasmo que despertó entre los asociados la última eleccion, demuestra hasta la evidencia que la marcha de la Asociacion no puede ser más propicia.

Todas las reparticiones han funcionado con regularida como vais á ver en la relacion que haré de cada una de ellas

Secretaria

La Secretaria ha marchado regularmente, tiene todos sus libros en órden y al dia. Según estos resulta que :

La Comision Directiva se ha reunido en sesion 24 veces y la Asamblea 9 veces ;

Se han dirigido 297 comunicaciones, de las cuales queda constancia en los copiadores ;

El número total de sócios asciende actualmente á 489, así distribuidos :

Activos.....	431
Protectores.....	2
Honorarios	5
Corresponsales.....	51
	489

Durante el período que abarca este informe han ingresado 166 sócios activos y han cesado por renuncia ó falta de pago 92, lo que da un exceso de 74 sócios.

Tesoreria

La Tesoreria, la reparticion más importante si se quiere, por ser la llave de las otras, ha cumplido con puntualidad todas las obligaciones de la Sociedad, teniendo siempre en caja un sobrante no menor de *mil pesos moneda nacional*.

Segun el cuadro Nº 5, durante los dos años comprendidos de 1º de Junio de 1893 á 31 de Mayo de 1895 han ingresado á la caja de la Sociedad 24.868,24 $ que sumados con 756,92 $ existentes el 1º de Junio de 1893 hacen un total de 25.652,16 pesos m/n.

El cuadro Nº 4 detalla los gastos mensuales habidos durante el mismo lapso de tiempo, los que ascienden á la suma de 24.620,20 pesos m/n.

DEBE

Existencia en caja el 1º de Junio de 1893..	$	756.92
Entradas del 1º de Junio de 1883 á 31 de Mayo de 1895.....		24.868.24
Total.....		25.625.20

HABER

Gastos de 1º de Junio de 1893 á 31 de Mayo de 1805.....	$ 24.620.20
Existencia en caja el 1º de Junio de 1895...	1.003.96
Total.....	25.625.16

En estas sumas no están incluídos los fondos que poseía la Comision de Edificacion, que ascendian á la suma de 3870,95 pesos y que fueron invertidos en el pago de la primera cuota (4000 $) de la edificacion, ni los de la Administracion de Los Anales que ascienden á 828,59 pesos, de cuya suma ha sido invertida 396,32 pesos, dejando un saldo en caja de 432,18 pesos, así que, si sumamos ambas tenemos :

DEBE

Entradas generales de tesoreria..	$ 25.625,16	
Fondos de la Comision de Ed'cion	3.870.95	
» » » Adm. de Los Anales.	828.59	30.324.61

HABER

Gastos generales.....	$ 24.620.20	
Inversion de los fondos de la Comision de Edificacion.....	3.870.95	
Gastos de la Ad. de Los Anales....	396.32	28.887.47
Existencia.....		1.437.14
		30.324.61

La tesoreria ha satisfecho con holgura todos los pagos, á pesar de haber habido muchos gastos extraordinarios con motivo de la mudanza y de la edificacion; si alguna cuenta queda, ella es pequeña y será cubierta con exceso por el saldo que resulte en caja. Esta puntualidad en los pagos ha sido debida á la estrictez y buen tino con que han sido administrados los fondos por el señor tesorero don Zenon Aguilar.

Biblioteca

La Biblioteca ha recibido un gran impulso; sus colecciones han aumentado de un modo considerable; se han adquirido nuevos escaparates porque los existentes eran ya pequeños para contener los numerosos volúmenes que la constitu-

yen; se han terminado los catálogos metódicos y alfabéticos divididos en dos secciones distintas: argentina y extranjera, así como un índice general de todas las obras existentes, con la anotacion de sus precios respectivos.

Se ha invertido en gastos de esta reparticion como ser compra de obras, revistas y otros, la suma de 2324.35 pesos m/n.

Según los cuadros Nos 2 y 3 que se adjuntan, que han sido ejecutados con toda escrupulosidad, resulta que el 1º de Junio de 1893 estaba constituida la Biblioteca por 3406 obras en 6769 volúmenes distribuidos así:

	Obras	Volúmenes
Seccion Argentina....	892	835
» Extranjera...	2.514	5.934
	3.406	6.769

Desde el 1º de Junio de 1893 hasta el 1º de Junio de 1895 se han adquirido 550 obras en 611 volúmenes distribuidos como sigue:

	Obras	Volúmenes
Seccion Argentina....	75	77
» Extranjera...	475	534
	550	611

Lo que da una existencia total el 1º de Junio de 1895 de 3956 obras en 7414 volúmenes distribuidos así:

	Obras	Volúmenes
Seccion Argentina....	967	946
» Extranjera...	2.989	6.468
	3.956	7.414

Cuenta la biblioteca con 133 revistas nacionales y extranjeras de medicina, la mayor parte obtenidas en canje por los ANALES y muchas otras por suscricion, que forman una rica coleccion.

El cuadro núm. 1 demuestra el número de publicaciones que se reciben segun países.

Se han hecho encuadernar 98 volúmenes, no habiéndose podido encuadernar mayor número por la falta de fondos.

Existen 2630 obras encuadernadas en 3726 volúmenes y 1326 obras no encuadernadas en 3588 volúmenes así distribuidas:

	OBRAS		VOLÚMENES	
	Encua'das	No encua'das	Encua'dos	No encua'dos
Seccion Argentina.	693	274	510	436
» Extranjera	1.937	1.052	3.216	3.152

Han circulado entre los sócios 1332 volúmenes que han sido solicitados en préstamo.

Estos datos revelan que la Biblioteca ha tenido un movimiento muy activo, lo que hace honor á su laboriosa direccion.

Anales

El periódico ha continuado la misma marcha progresista de las otras reparticiones, debido á la inteligente direccion de los doctores Samuel Gache primeramente y Gregorio Araoz Alfaro despues, actual director.

Ha aparecido en todo el tiempo que estos señores lo han dirigido con una puntualidad inusitada y siempre provisto de interesante material científico; al punto que, podemos decir, que tanto éste, como la Biblioteca, constituyen un precioso capital científico del cual puede enorgullecerse la Sociedad.

El doctor Araoz Alfaro solicitó de la Comision Directiva autorizacion para hacerlo aparecer quincenalmente, sin pedir para esto aumento de la cantidad que tiene asignada por el presupuesto sancionado por la Asamblea, y desde el 1º del corriente año se convirtió los ANALES en una revista quincenal, no habiendo por ese motivo desmerecido en nada y sí por el contrario van adquiriendo de dia en dia mayor importancia y aparecen siempre con la misma puntualidad que cuando eran mensuales; cuentan con un distinguido cuerpo de redactores colaboradores que facilita á su Director la tarea. Cuando solicitó el doctor Araoz Alfaro hacer aparecer el periódico quincenalmente, pidió tambien autorizacion para invertir en gastos del mismo las entradas por avisos y suscriciones.

Los suscritores han aumentado en treinta y se han conseguido varios avisos nuevos.

Se han percibido durante este año 828,50 pesos de los que

han sido invertidos 396,32 pesos quedando en caja una existencia de 432,18 pesos.

En el archivo de los ANALES existen 200 números diferentes en número de cien, término medio cada uno, más bien más que menos, los que representan un valor de 10.050 pesos asignándole á cada número el de 50 centavos.

Se ha invertido en esta repartición en los dos años 5544,17 pesos segun los cuadros de tesoreria.

En otro sitio va el informe del director cuya lectura recomiendo.

Edificio

La posesion de un local propio que habia sido siempre un problema para todas las comisiones directivas, ha sido resuelto al fin, viéndose realizadas las aspiraciones de todos con la solemne inauguracion de este edificio, que tuvo lugar el 1º de Abril último.

Las circunstancias que precedieron á la ejecucion de la obra, así como la marcha de los primeros trabajos ya han sido referidos por el Presidente de la Comision de Edificacion é iniciador de la idea, doctor Samuel Gache, en el informe que elevó á la Comision Directiva y que ha sido publicado; no insistiré por lo tanto sobre ello, solo sí recordaré, que al mismo tiempo que yo estudiaba la manera de poder llevar á la práctica nuestro *desideratum*, los señores Silvio Tatti y Enrique Diana presentaron á la Comision Directiva un proyecto con el mismo propósito, resolviendo ésta pasarlo á la Comision de Edificacion para su estudio y nombrar á dichos señores para integrar la misma comision. La Comision que tenia sus trabajos paralizados por la escasez de fondos, los reanudó nuevamente con la mayor actividad, terminando en pocos meses su cometido.

El costo total de la obra será de 18.700, pesos incluyendo los intereses (2700 $) que habrá que pagar; se abonó segun el contrato firmado con el constructor D. Cayetano della Paolera, autorizado por la Asamblea, 4000 pesos como primera cuota y los 14.700 $ restantes se deberán pagar en cuarenta mensualidades de 367,50 pesos. Actualmente se han ya abonado tres cuotas ó sean 1102,50 pesos, asi que restan aun á pagarse 37 mensualidades (13.597,50 $).

La primera mensualidad fué abonada el 15 de Abril ppdo. y la última deberá serlo el 15 de Julio de 1898.

De acuerdo con el mismo contrato y autorizacion correspondiente de la Asamblea, se ha afectado la propiedad en garantia del pago de esta deuda por medio de escritura pública.

Entre las numerosas ventajas que para la Sociedad representará la posesion de un local, mencionaré la supresion de las mudanzas, lo que importa una gran economia, y como una prueba citaré la última que costó á la caja social, y eso haciéndola lo mas económicamente posible, 871,10 pesos; y si pensamos que estas mudanzas se sucedian periódicamente cada dos ó tres años, nos daremos fácilmente cuenta del beneficio que se obtendrá en ese sentido.

Concursos

Presenté oportunamente un proyecto á la Comision Directiva para llevar á cabo un concurso nacional de Medicina en el año corriente, pero ella creyó más conveniente postergarlo para el año 1896, para dar mayor plazo á los que deseen presentarse.

El programa de este concurso contiene diez secciones y cuarenta y un premios. El Gobierno Nacional dejó subsistente la medalla de oro para el mejor trabajo que se presente, como tambien el Gobierno de Córdoba ha destinado un premio (medalla de oro) para una de las secciones y el señor Agustin Etchepareborda ha donado el Diccionario de Dechambre completo (100 volúmenes) para ser otorgado en una de las Secciones. Estos premios quedaron sin ser adjudicados en el concurso Sud-Americano de Medicina que tuvo lugar en el año 1893.

Consultorios

No encontrándose la Asociacion en condiciones de sostener una farmacia para suministrar gratuitamente los medicamentos á los enfermos que acudian á los consultorios, éstos no podian sostenerse á la altura en que se encontraban anteriormente, por cuya razon, y por la de que era necesario normalizar las entradas y hacer economia para poder llevar á cabo la edificacion de la casa, pedí su suspension por mientras existiesen esas causales; la Comision Directiva considerando razonable mi pedido resolvió suspenderlos hasta nueva disposicion; con esta

suspension se pudo dejar parte del local que se ocupaba, haciéndose una economia mensual de 50 pesos en el alquiler.

Más adelante, cuando se halle saldada la deuda de la edificacion, la Comision Directiva podrá si lo cree conveniente, restablecerlos.

Conferencias

Se han dado algunas conferencias científicas sobre temas interesantes y que han atraido numerosa concurrencia.

Han ocupado la tribuna sucesivamente los doctores Eliseo Canton, Miguel Ferreyra, Gregorio Araoz Alfaro, Roberto Wernicke, Avelino Gutierrez, Diógenes Decoud, Federico Susviela Guarch, Joaquin Llambias Mir y Pascual Palma.

Se les ha dado la forma de asambleas científicas, de acuerdo con la nueva reglamentacion de éstas, han despertado vivo interés entre los sócios y creo que este entusiasmo no decaerá en adelante.

Reglamento

Se hizo la revision del reglamento, habiéndose introducido en él algunas modificaciones de detalle, siendo de estas las más importantes la reglamentacion de las conferencias científicas y el cambio de la fecha de la recepcion de la Comision Directiva, al 28 de Junio, por ser dia de fiesta el 29, lo que daba lugar á que muy pocos concurriesen á dicha asamblea.

Existencias

Se ha hecho un prolijo inventario de todas las existencias de la Sociedad y de él resulta que ellas representan un capital de 94.782,04 pesos moneda nacional, distribuidos como sigue:

Terreno y edificio		$ 51.500.00
Mobiliario		3.494.00
Biblioteca, 8700 volúmenes á 3 pesos término medio cada uno		26.100.00
Museo		1.583.00
Archivo de los Anales, 20.100 números á 50 centavos el número		10.050.00
Utiles		617.90
Existencia en caja, en efectivo:		
Tesoreria	$ 1.004.96	
Anales	432.18	1.437.14
		$ 94.782.04

SEÑORES:

Segun habéis podido deducir de la relacion que os he hecho en detalle de cada una de las reparticiones que constituyen la Sociedad, ésta atraviesa actualmente por una de las épocas más florecientes. No creais que al hacerlo constar pretenda reservarme exclusivamente esa gloria. No; ella pertenece á la Comision Directiva en masa, en quien he tenido siempre un apoyo eficacísimo y quien con su buen sentido y sano criterio supo acoger con entusiasmo todas aquellas medidas que implicasen un progreso para la Sociedad, por lo que la recomiendo á vuestra consideracion.

Por mi parte, comprendo que mucho hemos adelantado, pero mucho más hubiese deseado hacer para corresponder dignamente al honor que merecí de mis consócios al ser designado para ocupar este puesto. Puedo aseguraros con toda sinceridad que siempre procedí con la mejor intencion y puse la mayor buena voluntad en el cumplimiento de los deberes que me impuse al aceptar el cargo.

Al retirarme, conservaré siempre el grato recuerdo de haber tenido la honra de presidir una Institucion tan simpática y tan culta como lo es el Círculo Médico Argentino.

Señor Presidente:

Señores miembros de la Comision Directiva:

Al declararos en posesion de vuestros puestos, os deseo tengáis acierto en vuestras resoluciones y confio, fundado en vuestra laboriosidad y competencia, que continuaréis la marcha progresista en que se ha iniciado la Asociacion llevándola á un estado mucho mayor de adelanto y contribuiréis con los medios de que dispone al adelanto de la medicina nacional.

He dicho.

Buenos Aires, Junio 28 de 1895.

Nº 1

CUADRO DEMOSTRATIVO

Del número de periódicos que se reciben en la Biblioteca del "Circulo Médico Argentino"

PAISES			Se reciben de antes del 1º de Junio 1893	Se reciben desde el 1º de Julio 1893	TOTAL	
					Ciudades	Naciones
América del Sud	R. Argentina	Buenos Aires	10	7	17	17
	E. U. del Brasil	Rio Janeiro	3	1	4	—
		Bahia	1	1	2	6
	Chile	Santiago	2	2	4	4
	Perú	Lima	1	1	2	2
	Colombia	Colombia	—	1	1	1
	San Salvador	San Salvador	—	1	1	1
América del Norte	Méjico	Méjico	5	1	6	7
		Toluca	—	1	1	—
	Estados Unidos	New-York	2	2	4	7
		Boston	1	—	1	—
		Richmond	1	—	1	—
		California	1	—	1	—
		Chicago	—	1	1	—
		Filadelphia	—	4	4	—
		Saint Louis	—	1	1	13
Africa	Tunisía	Argel	—	1	1	2
Oceanía	Java	Nederland	1	1	2	2
Europa	España	Madrid	4	3	7	—
		Barcelona	3	1	4	—
		Sevilla	1	—	1	—
		Lérida	—	1	1	—
		Palma	1	—	1	14
	Inglaterra	Lóndres	1	—	1	1
	Italia	Roma	1	1	2	—
		Nápoles	—	1	1	—
		Milan	1	1	2	—
		Florencia	1	—	1	—
		Pavia	1	—	1	7
	Alemania	Breslau	—	1	1	—
		Berlin	—	1	1	—
		Leipzig	—	1	1	3
	Francia	Paris	23	23	46	—
		Reims	1	1	2	—
		Nice	1	—	1	—
		Tolosa	1	1	2	—
		Bordeaux	—	2	2	53
	Portugal	Lisboa	1	—	1	1
			69	64	133	133

Junio 1º de 1895.

Seccion Argentina — CUADRO DEMOSTRATIVO

No. 2

DEL NÚMERO DE OBRAS Y VOLÚMENES QUE POSEE LA BIBLIOTECA DEL «CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO»

MATERIAS	Existencia al 1º de Julio de 1893						Entradas desde el 1º de Julio 1893						Existencia al 1º de Junio de 1895					
	OBRAS			VOLÚMENES			OBRAS			VOLÚMENES			OBRAS			VOLÚMENES		
	Encuadernadas	No Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	No Encuadernados	TOTAL	Encuadernadas	No Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	No Encuadernados	TOTAL	Encuadernadas	No Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	No Encuadernados	TOTAL
Clínica { Médica	35	—	35	35	—	35	—	1	1	—	1	1	36	—	36	36	—	36
Clínica { Quirúrgica	4	—	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—	4	—	4	4	—	4
Climatologia	4	—	4	28	—	28	2	—	2	2	—	2	6	—	6	30	—	30
Estadistica y demografia	33	1	34	58	2	60	—	12	12	—	14	14	46	—	46	74	—	74
Geografia médica	3	—	3	3	—	3	2	—	2	2	—	2	5	—	5	5	—	5
Higiene	49	—	49	49	—	49	—	—	—	—	—	—	49	—	49	49	—	49
Historia natural	6	—	6	12	—	12	—	3	3	—	3	3	9	—	9	15	—	15
Literatura	32	—	32	32	—	32	—	—	—	—	—	—	32	—	32	32	—	32
Materia médica	1	—	1	1	—	1	—	1	1	—	1	1	2	—	2	2	—	2
Micrografia	1	—	1	1	—	1	2	—	2	2	—	2	3	—	3	3	—	3
Neurologia	2	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Psiquiatria	6	—	6	8	—	8	—	1	1	—	1	1	7	—	7	9	—	9
Patologia general	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	1	—	1	1	—	1
Periódicos y Revistas	19	176	195	116	380	496	—	27	27	—	27	27	19	203	222	150	407	557
Varios	24	4	28	42	6	48	—	8	8	—	8	8	24	12	36	42	14	56
Tésis	448	44	492	56	—	56	—	15	15	—	15	15	448	59	507	56	15	71
Total	667	225	892	447	388	835	6	69	75	6	71	77	693	274	967	510	436	946

Buenos Aires, Junio 1º de 1895.

DEL NÚMERO DE OBRAS Y VOLÚMENES QUE POSEE

MATERIAS	EXISTENTES EL 1º DE JULIO DE 1893					
	OBRAS			VOLÚMENES		
	Encuadernadas	NO Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	NO Encuadernados	TOTAL
Anatomia	59	—	59	90	—	90
Antropologia	11	—	11	13	—	13
Atlas — Anatomia	9	—	9	17		17
Atlas — Dermatologia y venereas	3	—	3	4	—	4
Atlas — Medicina, Cirujia	14	—	14	15	—	15
Atlas — Geografia	5	1	6	5	1	6
Atlas — Oftalmologia	3	—	3	5	—	5
Botánica	9	—	9	11	—	11
Clínica — Médica	214	3	217	269	14	283
Clínica — Quirúrgica	76	1	77	126	3	129
Clínica — Enfermedades de los ojos	41	—	41	48	—	48
Clínica — » de niños	32	2	34	39	3	42
Clínica — » de mujeres	43	1	44	45	1	46
Clínica — » de la piel	26	—	26	29	—	29
Clínica — » de la laringe	19	—	19	19	—	19
Clínica — » de los oídos y nariz	13	—	13	13	—	13
Clínica — » sifiliticas	26	—	26	26	—	26
Climatología	12	—	12	15	—	15
Diccionarios — Medicina	20	—	20	279	—	279
Diccionarios — Ciencias	10	—	10	29	—	29
Diccionarios — Idiomas	6	—	6	9	—	9
Diagnóstico	12	—	12	12	—	12
Dosimetría	5	—	5	5	—	5
Electroterapia	10	—	10	10	—	10
Estadistica y demografia	9	—	9	9	—	9
Fisiologia	79	1	80	105	2	107
Fisica	16	—	16	17	—	17
Filosofia	12	—	12	17	—	17
Farmacia	31	—	31	41	—	41
Geografia Médica	3	—	3	3	—	3
Histologia	31	1	32	35	1	36
Higiene	101	10	111	126	10	136
Hidroterapia	18	—	18	18	—	18
Historia de la Medicina	18	—	18	32	—	32
Historia Natural	36	—	36	40	—	40
Homeopatia	4	—	4	4	—	4
Literatura	42	—	42	54	—	54
Medicina legal	24	—	24	32	—	32
Materia médica y terapéutica	66	—	66	88	—	88
Medicina operatoria	18	—	18	22	—	22
Micrografia	14	—	14	14	—	14
Neurologia	39	—	39	50	—	50
Obstetricia	42	—	42	58	—	58
Psiquiatria	23	—	23	25	—	25
Psicologia	17	—	17	23	—	23
Patologia — General	22	—	22	26	—	26
Patologia — Externa	21	—	21	68	—	68
Patologia — Interna	22	—	22	59	—	59
Patologia — Exótica	29	—	29	29	—	29
Periódicos y revistas	98	865	963	512	3115	3627
Química	36	—	36	58	—	58
Semeiologia	11	—	11	14	—	14
Toxicologia	9	—	9	9	—	9
Tésis	11	—	11	11	—	11
Vias urinarias	34	—	34	35	—	35
Veterinaria	10	—	10	11	—	11
Varias	5	—	5	6	—	6
Total	1629	885	2514	2784	3150	5934

Buenos Aires, Junio 1º de 1895

CUADRO DEMOSTRATIVO

LA BIBLIOTECA DEL «CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO»

ENTRADAS DESDE EL 1º DE JULIO DE 1893						EXISTENTES EL 1º DE JUNIO DE 1895					
OBRAS			VOLÚMENES			OBRAS			VOLÚMENES		
Encuadernadas	NO Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	NO Encuadernados	TOTAL	Encuadernadas	NO Encuadernadas	TOTAL	Encuadernados	NO Encuadernados	TOTAL
7	—	7	11	—	11	66	—	66	101	—	101
—	1	1	—	1	1	12	—	12	14	—	14
—	—	—	—	—	—	9	—	9	17	—	17
—	—	—	—	—	—	3	—	3	4	—	4
—	—	—	—	—	—	14	—	14	15	—	15
—	3	3	—	3	3	9	—	9	9	—	9
—	—	—	—	—	—	3	—	3	5	—	5
—	—	—	—	—	—	9	—	9	11	—	11
45	9	54	51	16	67	271	—	271	350	—	350
25	—	25	26	—	26	102	—	102	155	—	155
10	—	10	10	—	10	51	—	51	58	—	58
13	—	13	17	—	17	47	—	47	59	—	59
6	1	7	6	1	7	51	—	51	53	—	53
10	—	10	12	—	12	36	—	36	41	—	41
5	—	5	5	—	5	24	—	24	24	—	24
1	—	1	1	—	1	14	—	14	14	—	14
8	—	8	9	—	9	34	—	34	35	—	35
—	—	—	—	—	—	12	—	12	15	—	15
—	—	—	—	3	3	20	—	20	282	—	282
—	—	—	—	—	—	10	—	10	29	—	29
—	—	—	—	—	—	6	—	6	9	—	9
4	3	7	4	3	7	19	—	19	19	—	19
—	—	—	—	—	—	5	—	5	5	—	5
2	—	2	2	—	2	12	—	12	12	—	12
—	—	—	—	—	—	9	—	9	9	—	9
5	5	10	6	5	11	90	—	90	118	—	118
6	—	6	6	—	6	22	—	22	23	—	23
—	—	—	—	—	—	12	—	12	17	—	17
3	—	3	4	—	4	34	—	34	45	—	45
—	—	—	—	—	—	3	—	3	3	—	3
6	—	6	6	—	6	38	—	38	42	—	42
14	3	17	21	4	25	128	—	128	161	—	161
2	—	2	2	—	2	20	—	20	20	—	20
—	—	—	—	—	—	18	—	18	32	—	32
5	—	5	6	—	6	41	—	41	46	—	46
—	—	—	—	—	—	4	—	4	4	—	4
1	—	1	1	—	1	43	—	43	55	—	55
6	1	7	6	2	8	31	—	31	40	—	40
3	5	8	6	8	14	74	—	74	102	—	102
6	—	6	6	—	6	24	—	24	28	—	28
7	—	7	8	—	8	21	—	21	22	—	22
11	—	11	13	—	13	50	—	50	63	—	63
14	—	14	17	—	17	56	—	56	75	—	75
8	—	8	8	—	8	31	—	31	33	—	33
—	—	—	—	—	—	17	—	17	23	—	23
2	—	2	2	—	2	24	—	24	28	—	28
1	—	1	3	—	3	22	—	22	71	—	71
2	—	2	4	—	4	24	—	24	63	—	63
4	—	4	4	—	4	33	—	33	33	—	33
1	187	188	1	187	188	99	1052	1151	663	3152	3815
2	—	2	2	—	2	38	—	38	60	—	60
—	—	—	—	—	—	11	—	11	14	—	14
2	—	2	2	—	2	11	—	11	11	—	11
—	—	—	—	—	—	11	—	11	11	—	11
6	3	9	9	3	12	43	—	43	47	—	47
1	—	1	1	—	1	11	—	11	12	—	12
—	—	—	—	—	—	5	—	5	6	—	6
254	221	475	198	236	534	1937	1052	2989	3216	3152	6468

Nº. 4

CUADRO

De los gastos originados por las distintas reparticiones del « Círculo

GASTOS	1893										
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Alquileres de casa	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	300.00	300.00	300.00
Biblioteca	49.40	—	82.39	49.40	516.00	87.30	667.56	—	—	—	87.50
Secretaria	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00	78.00
Anales	—	302.80	550.70	—	322.85	214.25	169.12	353.04	—	433.84	155.37
Alumbrado é impuestos	29.12	28.26	28.28	24.00	19.60	28.56	22.68	19.04	19.00	17.92	25.76
Gerente	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00
Cobrador (comisión 10 °/o)	80.60	79.00	88.10	83.00	82.60	78.10	71.30	76.30	71.00	95.40	85.65
Ordenanza	10.00	20.00	25.00	25.00	31.70	18.60	25.00	25.00	25.00	25.00	43.26
Impresiones	—	—	—	—	12.00	—	—	—	—	—	—
Edificacion	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mudanza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Varios	86.05	1.05	122.05	1.05	1.05	—	2.10	—	—	—	—
Concursos de medicina	—	376.50	120.00	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	673.17	1225.61	1434.52	600.45	1403.80	844.81	1375.76	891.38	583.00	1040 16	865.54

Buenos Aires, Junio 1º de 1895.

DEMOSTRATIVO

Médico Argentino » desde 1º de Junio de 1893 hasta 31 de Mayo de 1895

1894								1895					TOTAL
Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
300.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	250.00	—	—	5700.00
16.00	83.50	31.50	—	—	216.00	—	218.80	200.00	19 00	—	—	—	2324.35
78.00	78.00	78.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	70.00	70.00	70.00	70.00	1852.00
303.31	241.87	211.87	338.30	—	182.48	367.24	183.62	317.77	115.93	341.96	115.95	321.90	5544.17
29.68	33.60	38.70	40.20	41.40	37.20	31.80	27.00	25.50	33.67	30.20	19.50	52.06	702.73
90.00	90.00	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	110.00	110.00	110.00	110.00	2300.00
77.70	90.40	80.30	82.80	82.00	85.10	75.60	93.60	80.00	74.00	91.50	90.00	92.00	1986.05
6.74	25.00	25.00	25 00	25.00	25.00	25.00	25.00	25.00	—	—	—	—	480.30
—	—	—	—	—	245.00	—	47.00	—	—	—	—	—	304.00
500.00	—	—	—	—	—	129.05	30.00	—	10.00	300.00	367.50	367.50	1704.05
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	562.00	—	309.10	871.10
—	—	—	—	—	—	—	12.60	—	—	—	52.00	55.00	332.95
22.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	518.50
1423.43	892.37	805.37	916.30	578.40	1220.78	1058.69	1067.62	1078.27	682.60	1755.66	824.95	1377.56	24620.20

ZENON AGUILAR,
Tesorero.

CUADRO DEMOSTRATIVO

De las entradas ordinarias y eventuales de que ha dispuesto el «Círculo Médico Argentino» desde 1º de Junio de 1893 hasta 31 de Mayo de 1895

ENTRADAS	1893							1894												1895					TOTAL
	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
Balance en Junio 1º	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	756 92
Cuotas de sócios	806	790	881	830	826	781	713	763	710	954	856 50	777	904	803	828	820	851	756	936	800	740	915	900 00	920	19.860 50
Avisos y suscriciones de los Anales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19.74	—	19 74
Subvencion del Gobierno Nacional.....	200	200	200	200	200	200	200	200	—	—	600 00	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200 00	200	4.800 00
Venta de muebles deteriorados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	188	188 00
Total.....	1.006	990	1.081	1.030	1.026	981	913	963	710	954	1.456 50	977	1.104	1.003	1.028	1.020	1.051	956	1.136	1.000	940	1.115	1.119 74	1.308	25.625 16

Buenos Aires Junio 1º de 1895.

Zenon Aguilar
Tesorero

ASAMBLEA DEL 28 DE JUNIO

RECEPCION DE LA COMISION DIRECTIVA

Despues de leída la memoria precedente del doctor Amoretti, el nuevo Presidente doctor Araoz Alfaro se expresó en los siguientes términos (1):

No voy á hacer un discurso, señores, á pesar de estar así anunciado en la orden del dia. Considero que los discursos deben pronunciarse en las asociaciones científicas sinó en circunstancias excepcionales ó únicamente cuando habiendo concurrencia de profanos, es preciso darles algo más ameno que disertaciones técnicas. Esto no sucede en la ocasion presente; estamos en familia y me limitaré solo á decir algunas palabras.

Ante todo, he de expresar mi gratitud hácia vosotros que me habeis dispensado tan alta honra como la de ser presidente de nuestra asociacion. Y es con júbilo que vemos todos el estado de sorprendente progreso á que e la ha alcanzado, como ha podido mostrarlo el doctor Amoretti, en la memoria que acaba de leer.

El Círculo Médico Argentino, señores, á fuerza de crecer ha llegado á hacer impropio su propio nombre. Parece ya pequeña la designacion de «Círculo» para una asociacion que ha echado raíces tan profundas y que tan estrechamente se ha vinculado con nuestro mundo médico; su rica biblioteca, el aumento incesante de sócios, la creciente circulacion de los Anales, muestran bien claramente, como acabais de oirlo de labios del doctor Amoretti, el adelanto de nuestra sociedad, cuya vida está más que nunca asegurada con la conclusion del edificio social que ahora habitamos.

El doctor Amoretti y toda la Comision Directiva saliente son acreedores á la gratitud de la Sociedad; yo he visto al

(1) No habiendo sido escritos anteriormente, damos una version que no es quizá perfectamente exacta.

Presidente, como ha podido verlo todo el que concurria al Circulo Médico, constantemente dedicado al adelanto de la asociacion y acogiendo con entusiasmo cualquier medida conducente á estimular su progreso y bienestar.

Merece él, como sus compañeros de comision, un voto de gratitud que me hago un honor en tributarles por mi parte.

Sensible es que, por motivos fútiles unas veces y por razones más fundadas otras, muchos de los que fueron iniciadores del Circulo Médico y de los que más brillo le dieron en sus primeros tiempos, algunos de los cuales me honran con su presencia en este acto, se hayan separado de él, sustrayéndose á la labor comun en que tan útiles fueron. Seria una de mis grandes satisfacciones ver que todos ellos volvieran de nuevo á reunirsenos y poder anunciaros, dentro de dos años, que los viejos y los nuevos estamos todos juntos, con igual brio y decision, trabajando por el bien comun, que es tambien el de la pátria.

Respecto de las ideas que yo pueda traer en el ejercicio de la Presidencia, ellas son conocidas porque fueron expuestas por mí en una disertacion que casi todos vosotros habéis escuchado. Se me hizo cargos despues de haber ofendido á la juventud de mi país y de haberla calumniado afirmando su poca contraccion al trabajo y al estudio. Pero, señores, si criticando á los otros me criticaba á mí mismo y si por algo conocia la insuficiencia de los demás, era por la mia propia! Y por lo mismo, me esforzaba, como me esforzaré en adelante, por conseguir nuestra mejora intelectual y moral y por que lleguemos á merecer, por nuestra asiduidad y el desarrollo de nuestras ciencias, el nombre de gran nacion, de pueblo el más civilizado de la América del Sud.

La eleccion con que acabáis de favorecerme, demuestra que la mayoria de mis consócios, lejos de haber encontrado injustas esas expresiones mias las ha aceptado, y reconocido la verdad que encierran y la necesidad de modificar los defectos señalados. Por ello he de seguir luchando con la ayuda de vosotros y de los distinguidos compañeros de la Comision Directiva.

El Circulo Médico Argentino tiene tambien señores, otras misiones que cumplir. Hace poco, en una fiesta intima, un

distinguido profesor de nuestra escuela exhortaba á otros, recien nombrados, á que á la par de dar á sus alumnos la enseñanza científica, estimularan en ellos el sentimiento pátrio, y recordaba á todos los médicos presentes el deber en que se encontraban de formar en la primera fila en el momento del peligro. Si es cierto, señores, que tales peligros existen y que la paz y la integridad de la nacion están amenazadas, yo confio tambien en que el Círculo Médico ha de contribuir poderosamente á la defensa nacional y ha de ser de nuevo baluarte del patriotismo.

He concluido.

En seguida, la Asamblea, á mocion del doctor Padilla, dió un voto de gracias al Presidente y á la Comision Directiva salientes.

El nuevo Presidente manifestó entonces que el dia anterior habia fallecido un distinguido y antiguo sócio del Círculo, el señor Cornelio Anfosso, á cuyo duelo no se habia asociado la Comision Directiva anterior por el tardio conocimiento de la noticia. Los presentes se pusieron de pié como homenaje á la memoria del consócio extinto.

BALANCE de Caja desde el 1° de

		DEBE		
Enero	14	A suscricion anual del señor J. A. Casanegra (estudiante)	$ m/n 8	
»	»	» Id id C. Lastra, (id)	8	
»	22	» Id id á dos ejemplares, Joly y Cª., (considerado como estudiante)	16	
»	28	» Importe id. aviso de una página, Etchepareborda	120	$ m/n 152
Febrero	4	» Suscricion primer semestre, D. Federico Marcó en Santa Fé	7	
»	»	» Id anual del Dr. Eliseo Vivanco en Cármen de Areco	12	
»	7	» Id id del Sr. J. Loza, (encargado lib. Etchepareborda)	8	
»	9	» Importe de dos publicaciones, aviso del señor Gibson, de una página	15	
»	12	» Id anual, aviso de una página por J. Kristufeck	120	
»	»	» Id id id una id id Demarchi y Parodi	120	
»	18	» Id id id una id id Cova y Cª	120	
»	19	» Id id id ⅛ id y suscricion, señor Tegami	35	
»	20	» Suscricion anual del doctor G. del Barco, en provincia	12	
»	21	» Venta de dos números de los Anales al sócio señor T L. Nario	1	450
Marzo	3	» Suscricion anual del doctor Atilio Boraschi	10	
»	6	» Id id id id José A. Esteves	10	
»	7	» Id id id id Ceferino Lopez	10	
»	»	» Id id id id Pedro Mendez	10	
»	10	» Id id id señor Manuel Nelson (estudiante)	8	
»	»	» Id id id doctor José Picado	10	
»	»	» Id id id señor Luciano Romero (estudiante)	8	
»	24	» Id id id señora Caterina Soglieri	10	
»	30	» Id id id doctor Miguel Santamarina	10	
»	»	» Id primer semestre id señor Clemente Alvarez	7	
»	»	» Importe aviso de ⅛ página, señor B. M. Christiany, por el año	25	118
Abril	3	» Id venta de un número de los Anales	— 50	
»	5	» Id id un id de los Anales	— 50	
»	8	» Id un trimestre, aviso de una página del señor Avila	47 50	
»	10	» Suscricion anual del doctor A. Diaz de Vivar	10	
»	23	» Id id id doctor César Rodas	10	68 50
Mayo	7	» Id id id id Paulero	10	
»	13	» Id id id señora Juana de Muñoz	10	20
Junio	5	» Id id ld doctor Arrieta (en provincia)	12	
»	15	» Id id id señor Enrique Prins (estudiante)	8	20
		Total		$ m/n 828 50

Enero hasta el 15 de Junio de 1895

		HABER		
Enero	15	Por franqueo y reparticion del Nº 1 de los Anales..... ...	$ m/n 24	
»	30	» Id id id Nº 2 id id id.....	18	
»	»	» Comision del 10 % al cobrador, sobre 152 pesos de avisos y suscriciones cobradas en el mes de Enero..	15 20	$ m/n 57 20
Febrero	15	» Franqueo y reparticion del Nº 3 de los Anales.....	16	
»	21	» Id Anales buscando avisos y suscritores.....	3 50	
»	28	» Comision del 10 % al cobrador, sobre 450 pesos cobrados por avisos y suscriciones en el mes de la fecha.	45	64 50
Marzo	5	» Franqueo y reparticion del Nº 4 de los Anales.....	17 43	
»	9	» Id de una coleccion de Anales de 1894 á la «Crónica Médica de Lima».....	2 70	
»	15	» Id y reparticion del Nº 5 de los Anales.....	16 80	
»	»	» Id de la correspondencia de administracion	4 50	
»	29	» Id y reparticion del Nº 6 de los Anales.....	17 10	
»	31	» Comision del 10 % al cobrador sobre 118 pesos cobrados por avisos y suscriciones en el mes de la fecha..	11 80	70 43
Abril	15	» Pago á Tesoreria del exceso de gastos de impresion por los primeros 6 números de los Anales.....	19 74	
»	»	» Franqueo y reparticion del Nº 7 de los Anales.....	18 50	
»	17	» Pago á Jacobo Peuser por 1000 fototipias.....	100	
»	20	» Franqueo de Anales á agentes de avisos en el extranjero	— 80	
»	30	» Id y reparticion del Nº 8 de los Anales..... .	18	
»	»	» Comision del 10 % al cobrador sobre pesos 68,50 cobrados por suscriciones y avisos en el mes de la fecha..	6 85	163 89
Mayo	15	» Franqueo y reparticion del Nº 9 de los Anales.....	19 05	
»	31	» Comision del 10 % al cobrador sobre 20 pesos cobrados por suscriciones en el mes de la fecha.....	2	21 05
Junio	3	» Franqueo y reparticion del Nº 10 de los Anales.....	19 25	19 25
»	15	» Saldo existente en caja.....		432 18
		Total		$ m/n 828 50

MEDICINA PRÁCTICA

Sobre el tratamiento de las broncopneumonias infantiles, vejigatorias y antimoniales.—A propósito de un artículo en que nos declarábamos adversarios de los vejigatorios en las broncopneumonias de los niños, recibimos del distinguido profesor de enfermedades de niños de Barcelona, la carta siguiente:

Distinguido colega:

Acabo de recibir el núm. 5 de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO y con él su artículo sobre las broncopneumonias infantiles; está muy bien hecho y muy oportunamente; entiendo que esa crítica debe extenderse tambien á los antimoniales que yo he abandonado tiempo ha porque deprimen extraordinariamente el sistema cardio-vascular y bronquial.

De Ud. con toda consideracion y aprecio. S. S. q. b. s. m.

MARTINEZ VARGAS.

Barcelona, Abril 25 de 1895.

Estimamos en mucho la opinion del distinguido pediatra español, y participamos enteramente de su modo de ver respecto de la accion de los compuestos de antimonio.

La belladona en los niños.—*Camby* ha publicado en la *Médecine Moderne* (Enero 1895) un trabajo sobre la belladona en los niños, cuya lectura nos ha mostrado una vez mas las grandes diferencias que separan á los pediatras respecto ó las dósis del medicamento.

Sabido es que este agente presta grandes servicios en las enfermedades del aparato respiratorio hipersecretantes y espasmódicas, desde el coriza hasta la bronquitis espasmódica y la coqueluche, pasando por la laringitis estridulosa, el espasmo glótico, la traqueitis, la grippe, el asma, la adenopatia brónquica, el enfisema, etc. En la pneumonia, la broncopneumonia y las enfermedades acompañadas de postracion, se la considera generalmente contraindicada.

Se la ha prescrito tambien en las neurosis, la corea, la incontinencia de orina, etc., pero con resultados enteramente inconstantes.

Si estudiamos ahora el modo de administracion y ateniéndonos solamente á la preparacion más empleada y de más fácil manejo, la tintura, veremos que mientras que *Blache*, por ejemplo, fija las dósis diarias de III á V gotas hasta dos años, V á VIII hasta tres, X á XX hasta diez años, *J. Simon*, fraccionando las dósis, va hasta XL gotas á tres años, LX á cuatro años, CXX á trece años, recomendando detenerse cuando se vea los pómulos coloreados, los ojos brillantes, las pupilas dilatadas.

Por lo que respecta á nuestra práctica, nos declaramos de acuerdo con las dósis de Simon y creemos que las de Blache son enteramente suficientes.

Hay aún algunos autores que llegan á dósis que parecerian enormes. Véase, por ejemplo, algunos párrafos de un distinguido pediatra inglés, *Goodhart*, en su libro recientemente traducido (1):

«Se aconseja (en la coqueluche) dar la belladona hasta que sus efectos fisiológicos se produzcan; dudo que esto sea necesario. Los niños toleran bien la belladona, y la tos se detiene un poco antes que los fenómenos tóxicos se manifiesten. Mi experiencia personal corrobora la de los numerosos médicos que han observado los buenos efectos de este medicamento, aunque yo no recuerde mas que uno ó dos ejemplos en que los efectos fisiológicos hayan ido hasta la dilatacion pupilar. *Un niño de tres años tomará 10 ó 12 gotas de tintura para comenzar, y la cantidad será llevada á 20 gotas y mas, si es necesario. Esta dósis será repetida cada tres ó cuatro horas. Los niños muy chicos soportarán muy bien fuertes dosis; yo he dado 10 gotas tres veces por dia á un niño de cinco meses, sin observar dilatacion pupilar*; este niño comenzó á las catorce semanas por tomar 4 gotas, despues 6, 8 y en fin 10 *Los niños de cinco á seis semanas tomarán 4 ó 5 gotas sin inconvenientes y las quintas de tos serán disminuidas de violencia.*»

Se ve cuán lejos estamos de nuestras prácticas habituales. Es bueno, sin embargo, tener presente el consejo que el mismo médico da luego:

«Para lo que concierne á la tolerancia especial de los niños para la belladona, aunque esta tolerancia sea incontestable, aconsejo no contar demasiado con ella y vigilar los efectos con gran cuidado. No soy partidario de administrar al principio una dósis masiva. Valdrá más comenzar por una dósis proporcionada á la edad, 3 ó 4 gotas en las bilis; 5, 6, 8 ó aun 10 en los niños de mas edad, y vigilar el efecto... »

(1) *Traité pratique de maladies des enfants*, trad. Variot, 1895, París.

CRÓNICA

Los desórdenes de la Facultad de Medicina.—Son ya de conocimiento público los desórdenes ocurridos en la clase de física médica de la Facultad, en que se ha llegado á vias de hecho lamentables por sí mismas y porque muestran que no ha habido de parte de los superiores suficiente tino para cortarlos á tiempo.

No podemos desentendernos de tales hechos. Y aunque no estamos en condiciones de juzgar la conducta de profesor y alumnos y de dar la razon al uno ó á los otros, creemos, sin embargo, deber declarar que por desordenados que sean los estudiantes, tales cosas no pueden pasar en las clases de profesores ilustrados y serios, que se impongan á aquellos por su saber y no con amenazas inconducentes.

La Facultad se encuentra en una situacion difícil para resolver el conflicto; es indudable que ella querrá sostener el principio de autoridad, pero es del caso notar que la disciplina no puede imponerse en contra del principio de justicia, como nos decia muy bien un distinguido académico.

De todos modos, es realmente lamentable que se haya dejado llegar las cosas á tal extremo, cuando se habian producido ya repetidos desórdenes precursores del últimamente ocurrido.

Por su parte, los alumnos debieran comprender que la violencia perjudica sus propios intereses y que antes de recurrir á ella, han debido hacer uso de otros medios de solicitud ó de protesta.

La prensa médica está abierta para todos y por lo que respecta á los ANALES, profesores y alumnos pueden exponer en ellos sus quejas y sus deseos.

El esfuerzo colectivo.—LOS ANALES se engalanan hoy con un artículo de Paul Groussac, que el eximio escritor ha tenido la fineza de enviarnos.

Aunque no es de índole médica, ha de ser leído con gran interés porque las ideas generales que sustenta con tanto brillo son aplicables á nuestro gremio como á todos los otros y porque se relacionan con polémicas recientes y apasionadas.

Cornelio Anfosso.—† el 27 del corriente. A cruel enfermedad, rara en la edad que tenia, ha sucumbido este distinguido estudiante de 5º año de medicina y antiguo socio del CÍRCULO MÉDICO.

Contrista ver á los jóvenes sacrificados de este modo cuando no han dado aún sino escasos frutos de su actividad y su inteligencia y más, cuando como en el caso presente, son la única esperanza y sosten de una larga familia.

El CÍRCULO MÉDICO se asocia al dolor causado por su muerte á los suyos y á sus compañeros.

Talleres del Museo de La Plata

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 13

Anales del Círculo Médico Argentino

JULIO 15 DE 1895

EL PROFESOR PIROVANO

Una de las primeras figuras de nuestra jóven Escuela de Medicina, la que sin disputa, habia alcanzado mayor notoriedad pública en nuestro país y fuera de él, acaba de desaparecer en medio de la consternacion general.

El Dr. Ignacio Pirovano ha muerto afectado de horrible enfermedad y, lo que es peor, con la conviccion perfecta, desde que se manifestó su enfermedad, del fin próximo é irremediable. Un epitelioma del suelo de la boca, enteramente inoperable, ha venido á postrarlo á los 51 años, en la plenitud de una vida que parecia destinada á prolongarse mucho tiempo aún.

Fué el Dr. Pirovano profesor de medicina operatoria y de clínica quirúrgica de nuestra Facultad y ha tenido la fortuna de formar discípulos que son la mejor prueba de la fecundidad de su enseñanza y del gusto que por la cirugia supo despertar en sus alumnos. Nuestros jóvenes cirujanos honran á la Escuela Médica Argentina, como su maestro pudo haber honrado á cualquier universidad europea.

Tuvo, no obstante, un defecto que es comun en nuestro país, pero que no es disculpable en médicos ilustrados y de práctica extensísima: no escribió jamás nada, ni artículos de revista, ni monografias, ni obras más completas. Si lo hubiera hecho, no son solo sus discípulos quienes habrian aprovechado debidamente su larga experiencia; nos atrevemos á creer que habria producido documentos de valer en la literatura quirúrjica universal. Dícese que pensó escribir en los últimos tiempos y lástima es que no

lo haya realizado porque estaba en condiciones de llevar á cabo una obra original, fruto rarísimo en estos países.

La fama del Dr. Pirovano era justa y merecida; su ilustracion no era sin duda insuperable, pero estaba unida á una destreza y á un sentido práctico que no han sido igualados aún, nos parece, por sus discípulos, algunos de los cuales han alcanzado ya, no obstante, una erudicion envidiable.

En conjunto, era una gran figura y los honores tributados á su muerte, no son exagerados.

El Círculo Médico se asoció al duelo general y aparte de otras manifestaciones, encargó al Dr. Pedro J. Coronado, de hablar en representacion suya sobre la tumba del eminente profesor.

He aquí su discurso:

Señores:

Es intensa y es profunda la pena que vibra en todas las esferas sociales, porque ha desaparecido uno de los grandes triunfadores de nuestra nacionalidad progresista: al servicio de la humanidad que sufre venció del dolor; al servicio de la ciencia civilizadora fundó su escuela y marchó durante doce años en la primera fila, iluminando siempre, como la columna de fuego de la Escritura.

Están de duelo los estudiosos, inconsolables, hasta el punto de exclamar, con Tertuliano: «Todo se vá cuando los dioses se van.» Pero si es cierto que ha llegado el instante supremo del recogimiento, tambien es cierto que ante esta tumba solo deben oirse adioses de eterna despedida, impregnados con el sentimiento público.

Me asocio en nombre del Círculo Médico Argentino al duelo nacional y en su representacion he de esforzarme porque mi palabra sea el éco fiel de su sentir.

Nuestra voz será tal vez una nota triste, apenas una línea en las proyecciones de esta vida tan llena de energias edificantes, cuya historia es la de un apóstol que señala la ruta desde las cumbres, dando lecciones de ciencia, de moral y de carácter.

Siempre nos será consolador hacer revivir, aunque sea en una lágrima, todo ese mundo de recuerdos de la ju-

ventud, mezclados á las afliccion que hiere hasta las entrañas de la clase más culta de nuestra sociedad.

Señores: La muerte es para la ciencia el resultado lógico de la existencia y cuando ella se extingue, el llanto y el pesar no pasan las fronteras del hogar que caldeaba. Pero cuando el que muere alentaba en las regiones serenas del patriotismo ó era la sávia en la fé, el credo ó en el ministerio de las grandes acciones humanas, la ciencia se olvida que ella es solo una rama de la dinámica general y va á buscar el hombre en sus proyecciones luminosas, haciendo de su historia una resurreccion ó del último de sus dias el primero de su inmortalidad, lanzando su nombre al respeto y á la gratitud nacional.

Santo culto á los elegidos, cuyos restos van á confundirse con la materia universal, pero cuyo espíritu ilumina como el de Pirovano, soberbio y brillante como luz de incendio, plácido y sonriente como luz de luna!

Y así era este hombre de ciencia inmensa, cuya opinion se imponia siempre sin violencia á mérito de ser la mejor y más verdadera.

Se le ha comparado muchas veces á Dupuytren, el gran cirujano de la Francia. No sé si es exacta la comparacion, pero recuerdo que un maestro nos dijo un dia en el aula: «Toda la gloria de Dupuytren no formará una esponja suficientemente grande para enjugar la sangre que derramó en el Hotel Dieu.» Mi orgullo de argentino me impulsa á declararos que yo no he visto correr tanta sangre en la práctica de nuestro ilustre maestro, y solo sé que Pirovano era anatomista á lo Malpigio, histologista á lo Müller, pensador profundo, clínico concienzudo y operador hábil y limpio.

Estas verdades, consagradas mil veces, hacen la apoteósis del primer cirujano de la América meridional!

Señores: En la marcha accidentada de la medicina nacional, viviendo siempre de accion refleja, á pesar del esfuerzo de nuestros sábios maestros, no nos llegó la etapa propia, genial, hasta el dia que el jóven cirujano pisó la Europa, recibió sus alientos y nos incorporó la cirugia antiséptica, siendo el precursor ¡bendito precursor! de esa falanje de jóvenes sábios que operan como el maestro, limpio y firme, para no quebrar, ni aún con el bisturí,

esa sublime organizacion del cuerpo humano que es la obra más perfecta en la gran armonia del Universo.

Su puesto quedará, sin embargo, vacante, aunque desfilen millares de sabios en nuestra marcha hácia el horizonte sin límites de la ciencia, porque Pirovano era un sabio, una virtud y un carácter. Era la síntesis de lo bueno, de lo grande y de lo justo, trinidad que define en la vida y en la historia á los espíritus elevados.

Su vida fué tan eficiente y tan noble que nuestros adioses no pueden ser desesperados.

Enhorabuena que las generaciones decadentes vayan como las plañideras del Oriente á enceguecerse de tanto llorar sobre la tumba de sus muertos; pero nosotros, milicia valerosa y consciente, persuadida que del justo se pierde el cuerpo, mas no el ejemplo, retemplémonos para la lucha en esta hora de justicia histórica.

Por eso, antes de entregar á la tierra estos restos queridos, permitidme una espansion de mi espíritu: los pueblos que aman su gloria y su pasado, guardan en mausoleo sagrado los restos de sus grandes ciudadanos: ¿por qué los próceres de la ciencia no han de tener su monumento histórico?

Allá, en el viejo paganismo habia un templo consagrado á Juno Lascinia, abierto á todos los rumbos sin que los vientos dispersaran jamás las cenizas del sacrificio. Así debe ser el mausoleo que la gratitud nacional debe levantar para conservar unidas las cenizas de Montes de Oca, de Rawson, de Estrada, de Larsen, de Pirovano y de los obreros ilustres de nuestra civilizacion.

Allí iríamos todos á venerar esas cenizas que respetarian todas las pasiones humanas y en los dias de vacilacion ellas serian nuestro estímulo en la vida de la ciencia

HOSPITAL RAWSON

Servicio de enfermedades génito-urinarias á cargo del Dr. F. Texo

(SALA 9ª)

Talla hipogástrica — Sutura total de la vejiga con seda

OBSERVACIONES POR P. CASTRO ESCALADA

(Interno)

Las dos observaciones que presentamos de talla hipogástrica tienen interés bajo diferentes puntos de vista que trataré de desarrollar en el curso de la exposicion.

Han sido practicadas con todas las precauciones antisépticas debidas; se ha usado en ambos casos anestesia clorofórmica con inyeccion hipodérmica de Dastre y Morat.

Colocado el enfermo en la mesa de Tredeleuburg, en posicion ordinaria (horizontal) se hace la incision abdominal longitudinal incindiendo los tejidos hasta llegar á vejiga (sin incindir los rectos caminando entre el espacio medio que dejan ambos), la cual está llena de una solucion fenicada 2%; en este momento la mesa permite descender el tronco del enfermo y elevar su pelvis colocándolo en la posicion de Tredeleuburg, se ponen los hilos suspensores incindiendo luego la vejiga; se extrae el cálculo; se lava la vejiga y el campo operatorio con soluciones antisépticas, se retira la sonda á robinete, en su lugar se introduce una bujía C. O. cuya extremidad, al parecer en la vejiga estirada hacia afuera y á la cual se adapta y fija por un punto de sutura una sonda Pezzer, se retira la bujía por extremidad uretral y pabellon de la sonda Pezzer espuesta en contacto con el cuello vesical. Se sutura luego la herida de la vejiga en dos planos á puntos separados; en un primero con seda (que toma la capa musculosa y submucosa) y un segundo con seda tambien, en sutura Lembert (que toma la capa muscular y celulosa, sin penetrar en la vejiga). Asegurados por el lavaje vesical del funcionamiento de la sonda y de la perfecta oclusion de la herida vesical, se sutura la herida abdominal en tres planos: el 1º muscular; el 2º aponeurótico

y celular y el 3º de la piel (los dos primeros con seda, el 3º con crin de Florencia). En los dos caso la hemorragia ha sido muy poca. Curacion iodoformada y luego los cuidados que son de práctica y que todos conocemos.

La sutura total de la vejiga á seda con propósito deliberado en los dos casos ha dado un feliz éxito. Guyon, Albarran y Sorel hacen el primer plano de sutura con catgut y la sutura Lembert con seda; en un caso comunicado á la Sociedad Médica Argentina por nuestro jefe «Revista Médica», Setiembre 93; tésis del Dr. Llambias Mir, 1894), la sutura con catgut dió lugar á una pequeña salida de orina sin mayores resultados para la cicatrizacion, pero que prolongó el periodo de ésta, debido á la reabsorcion demasiado rápida de dos puntos, que fueron expulsados por la orina; lo sucedido en este caso hizo que se tentara en estos la sutura á seda la cual se ha hecho ya por varios ginecólogos en las heridas vesicales incidentales durante la laparotomia.

No creiamos que la seda ofreciera inconvenientes, teniendo en cuenta que su imbibicion en la orina, estando ésta en condiciones de regular asepsia no impediria la reunion primitiva, la dificultad de su rápida reabsorcion, la facilidad de su asepsia, su enquistamiento y quizás su posible reabsorcion tardía (dado el calibre usado); por otra parte, la facilidad con que la vejiga se cicatriza aún en contacto con la orina, hizo que la prefiriésemos al catgut cuya reabsorcion es rápida, su asepsia difícil y su imbibicion por la orina, como toda materia orgánica facilita la inyeccion; desechando así el peligro de un insuceso con la sutura á seda que la práctica ha confirmado.

La seda ha dado en este servicio mucho mejor resultado en todas las suturas que el catgut y la crin; hasta en algunas suturas de la piel hoy la preferimos por haber obtenido reuniones primitivas del escroto en suturas hechas con ella; lo que no habriamos conseguido con el catgut y la crin. La razon de estos resultados creemos está en la seguridad de una asepsia más completa, habiendo llegado hasta proscribir el uso del catgut en las suturas como el profesor Israel de Berlin. En ambas observaciones la seda fué anudada afrontando los lábios

de la herida como hace Albarran, dándole poca importancia á la variedad de nudos y suturas debidos á Vincent, Gluck, etc.

La sutura total y la reunion primitiva de la vejiga ha sido usada despues de los trabajos de Guyon y Albarran; la cicatriz primitiva á que dá lugar es á nuestra manera de ver más resistente y regular que la secundadaria (conforme la regla general) á pesar de la opinion en contrario de Sorel. Las eristencias de la cicatriz en uno y otro caso es el factor que debe tenerse en cuenta; la posibilidad de la ruptura vesical en ambos casos lo que podría tranzar la cuestion no ha sido aun experimentado y es objeto en estos momentos de experiencias que practicamos en conejos con la ayuda del manómetro á fin de averiguar la mayor tension soportadas por las vejigas reunidas por 1ª ó 2ª intencion. Los casos de ruptura vesical consecutiva á cicatrices de talla son muy raros; en tres años solo dos se han visto en la clínica de Necker; aquí entre nosotros solo tengo conocimiento de uno que se presentó á este servicio con una ruptura causada por retension de orina á los dos años de haber sido *operado* en el hospital de crónicos, el cual presentaba una vez incindido el tumor hipogástrico una infiltracion de la cavidad pre-vesical y en el fondo la vejiga rota en la línea media mostrando los bordes espesos de la cicatriz secundaria de la anterior talla; introduciendo el dedo pudo retirarse un cálculo anguloso; el enfermo de edäd avanzada murió á los cinco dias de agotamiento.

La sutura total de la vejiga no presenta inconvenientes siempre que se asegure su drenaje, dicen el profesor Guyon y Albarran, lo que ejecutan drenando la cavidad de Retzius y usando la sonda Pezzer. En las dos observaciones que publico no se ha usado el drenaje de la cavidad prevesical y la sonda de Pezzer dá un buen resultado, siendo su funcionamiento perfecto; Albarran la preconiza y la alaba y Guyon cita un caso en que esta sonda funcionó imperfectamente debido á que fué aplanada por la uretra; pero no nos dice nada si el enfermo tenia ó no estrecheces; el Dr. Llambias Mir (tésis 1894) tambien cita un caso parecido; tampoco no habla nada sobre el estado del canal; en las observaciones

publicadas á continuacion los enfermos han sido dilatados préviamente y las sondas usadas de muy buena calidad; creo que los malos resultados obtenidos con la sonda Pezzer sean debidos: 1º, á la posibilidad de la existencia de una ó varias estrecheces uretrales (tan comunes) que podrían comprimirla, y 2º, á su mala calidad. Por otra parte, el calibre de la sonda hace difícil que su luz sea obturada por un coágulo sanguíneo. Los cálculos extraidos en la Obs. I han sido tres, dos primitivos de uratos y uno secundario uretral de fosfatos; en la Obs. II un cálculo de oxalato duro y que mostraba las huellas del litotritor al cual habia resistido; su interior muestra una extriacion verdaderamente curiosa y seguramente muy difícil de imitar.

En los dos casos las cicatrices vesicales han sido obtenidas una á los 13 dias y la otra á 10; los casos publicados entre nosotros nos dan como período menor para la cicatriz vesical 15 dias.

Llamará la atencion la série de operaciones que ha sufrido el caso de la Obs. I, los que han visto y conocen el estado y toda la *facha* de nuestro *jorobadito* se explican la razon; la miseria y el pauperismo físico y fisiológico unido á la verdadera *cautera* que poseia obligaron á proceder así por série de operaciones.

El enfermo objeto de la II estaba en mejores condiciones; su observacion no fué continuada debido á su impaciencia por salir del hospital, donde se le queria hacer reposar siquiera unos quince dias; y en el servicio del Dr. Castaño á los dos meses y medio de operado se presentó con un abceso prevesical que solo es explicable por haber zafado algun punto de la sutura vesical; lo cual no seria de extrañar siempre que el enfermo considerándose completamente sano se hubiese librado á trabajos sin tener los cuidados que se le prescribieron y que su estado exijia. Este incidente no creo que sea un argumento en contra de la sutura á seda.

Á ambos enfermos se les prescribe faja abdominal con el objeto de prevenir una posible eventracion.

Observacion I.

Talla hipogástrica en la posicion de Tredeleuburg. — Sutura total de la vejiga con seda.—Reunión primitiva á los 13 días. Estrechez traumática-Uretrotomia interna sin sonda permanente.—Litotricia.

El 10 de Febrero de 1894, entra á ocupar la cama Nº 13, Z. C. de 38 años, antecedentes hereditarios buenos, el año 68 tuvo una afeccion de la columna sobre la cual no da datos y queda con la gibosidad y escoliosis que actualmente tiene, ha tenido paraplegía dos años; el año 1882 una caida en cali *fourchon* sin hematuria, más tarde una uretritis que le duró 10 días, por esta época un abceso urinoso que deja una fístula uretro perineal, por donde sale orina durante mes y medio, ha tenido una sola vez hematuria; el año 92 le fué hecha la puncion vesical por retencion urinaria.

Principio de la enfermedad.—Hace 8 meses siente la miccion dificultosa, ardores al orinar, picazon y comezon en el periné, incontinencia nocturna y frecuencia diurna.

Estado actual.

Miccion.—Mucha frecuencia diurna, aumentándola el movimiento y el reposo; incontinencia nocturna.

Dificultades de la miccion.—Miccion lenta y entrecortáda, sin esfuerzo en ningun tiempo y fácil en cualquier posicion.

Modificaciones del chorro.—Fino, aplanado, á veces bifurcado, otras en gota, proyeccion regular.

Dolor. — Durante todo el tiempo de la miccion siente ardores, el decúbito dorsal á causa de sus defectos físicos es sumamente doloroso.

Localizacion del dolor.—Periné, pene, á veces en el hipogastrio con irradiaciones lumbares.

Dolor provocado.—Periné sensible á la palpacion, cateterismo sumamente doloroso, tacto rectal lo mismo.

Inspeccion de la esfera génito-urinaria. — Testículo izquierdo aumentado de volúmen, á la izquierda del rafe perineal una cicatriz.

Exploracion del canal.—Los exploradores á bola Nº

16 y 13 se detienen en el fondo de saco bulbar; con una bujía filiforme Nº 4 se salva una estrechez; detrás de la porcion perineal se nota un cálculo de un centímetro y medio; por el tacto rectal se nota dolor en todo el trayecto uretral; comprimiendo la porcion perineal el enfermo acusa un dolor agudo.

Exploracion de la vejiga.—Poco sensible al contacto.

Próstata.—Normal.

Testículo.—El T. I. aumentado de volúmen, poco consistente.

Riñones y uréteres.—Normales.

Este enfermo ha padecido de un mal de Pott, el cual ha dejado rastros evidentes; el aspecto y estado general al entrar al servicio es de los más precarios y es aún mayor despues de los exámenes á que se le somete, lo que hace que se trate de tonificarlo á fin de hacerle adquirir fuerzas, para poder sufrir la série de operaciones que sus dolencias exigen.

El diagnóstico despues del exámen físico fué de un cálculo uretral confirmado por los antecedentes del enfermo.

La estrechez filiforme que se deja dilatar con dificultad y tambien la indicacion de abrir un fácil paso al cálculo uretral á fin de que pudiera salir impulsado por la fuerza de la miccion imponen la uretrotomia interna que se hace el 5 de Marzo prévios los cuidados que en una publicacion anterior hemos hecho, sin dejar sonda. Temperatura de la mañana 37º, despues de la operacion 38,2; se dan 0.50 de quinina, despues normal.

Este es un nuevo caso á agregar á los ya publicados.

Marzo 6.—Toma salol 4 gram., temp. 37º y 37º2 por la tarde. Orinas rojo claro, con un poco de depósito.

Marzo 10.—Temp. normal; el enfermo sigue bien, las orinas están más claras, se espera el resultado de la operacion.

Marzo 18.—Una *poussée* de pielo nefritis, el estado general del enfermo y las fuerzas que parecian disminuir hacen que una operacion más radical sea ejecutada.

La indicacion á llenar es la uretrotomia externa y se iba á proceder á ejecutarla cuando introducido un cateter Zyme se nota un cálculo móvil é introduciendo un explo-

rador metálico de Guyon el Dr. Texo diagnostica dos cálculos, uno y otro vesicales. Esto nos extraña sobremanera, pues la existencia del cálculo vesical no nos era ni sospechada, quedando la duda si en este caso se trate de un cálculo uretral doble que á consecuencia de las manipulaciones en el canal haya sido empujado á la vejiga, lo que no seria de extrañar, pues los síntomas que el enfermo dá no hacen sospechar la existencia de un cálculo vesical. Más tarde veremos que esta hipótesis es confirmada en parte en su posibilidad, pues á pesar de haberse extraído despues un cálculo vesical grande y otro uretral el cateterismo vuelve á revelar la existencia de otro cálculo uretral que es empujado hácia la vejiga donde se le litotricia.

La fuerza del enfermo sigue disminuyendo y se decide intervenir practicando la talla hipogástrica.

El 21 de Marzo, con orinas turbias y algo de pielo-nefritis, hace la talla hipogástrica en la posicion de Tredeleuburg despues de varios lavajes vesicales con soluciones de nitrato de plata al 1 por 1000, se llena de líquido la vejiga, se incinde la pared abdominal y luego la vejiga y se extraen dos cálculos uno vesical y otro colocado en la porcion prostática de la uretra, se sutura la vejiga en un primer plano con doce puntos separados de seda y en un segundo plano sutura Lembert con nueve puntos de seda. Se coloca fija una sonda Pezzer. Los cálculos extraídos miden: el vesical tres centímetros y medio de largo por dos y medio de ancho y el uretral uno y medio por uno y medio.

Marzo 22.—Dieta láctea. Cantidad de orina 800 gramos, temp. m. 37.8, por la tarde 37.1.

Marzo 23.—Cantidad de orina 700 grs. Sigue la dieta, temp. m. 36.8 y tarde 37.2.

Se levanta la curacion y se encuentra la gaza mojada con sangre, se le cambia. La sonda funciona bien

Marzo 24.—Dieta láctea. Orina 850 gramos. Temp. 36.8 y 37°. Curacion seca.

Marzo 25.—Empieza á alimentarse; disminuye el depósito de las orinas. Se le dan tónicos. Orina 900 grs.

Marzo 26.—Se levanta la curacion, la herida sigue perfectamente bien. Orina 1000 gramos. Temp. 36.4, 36.8.

Marzo 27.—Orina 1100 grs. Temp. 36.4 y 36.8.

Marzo 28.—Orina 1000 grs. con un poco de depósito purulento, se hace un pequeño lavaje vesical con ácido bórico al 4/100 y sale muy poco modificado.—Purgante magnesia 4 grs. Temp. 36.6 y 36.8.

Marzo 29.—Orina 900 grs., temp. 36.6 y 36.8. Curacion iodoformada.

Marzo 30.—Orina 1200 grs., aumenta el depósito purulento. Dieta láctea. La curacion está seca y se muda. Temp. 36.6 y 36.8.

El 2 de Abril se quitan los puntos de crin de Florencia de la piel.—Curacion seca; temp. 36.4 y 36.6. Cantidad de orina 1400 grs.

Abril 3.—Lavaje vesical con ác. bórico 4 %, se retira la sonda Pezzer.—Temp. 36.4 y 37. Orina 1300 grs.

Abril 5.—El enfermo se levanta, hay incontinencia nocturna, cantidad de orina 1000 grs., temp. 36.4 y 37.

Abril 9.—La cicatriz abdominal completamente cerrada, se le quita la curacion; se le faja.

El 18 de Abril empieza á dilatarse el canal. Bujía 15 y 16. El estado del enfermo es mucho mejor.

Abril 23.—Al querer introducir la bujia 17 se nota un cuerpo rugoso en porcion perineal de la uretra. Este cuerpo continuando la dilatacion se empuja hácia la vejiga.

El 22 de Mayo alcanza al Beniqué 54 sin accidente. El estado del enfermo es muy bueno y en Junio 15 se hace la litotricia destruyendo un pequeño cálculo.

Dado de alta en 8 de Agosto.

Observacion II.

Talla hipogástrica en la posicion de Tredeleuburg.—Sútura total de la vejiga con seda.—Reunion primitiva á los 10 dias.

V. M., argentino, vigilante, de 33 años, ingresa el 12 de Octubre á la cama Nº 12. Antecedentes hereditarios, ignorados.

Antecedentes personales. Desde los 4 á 5 años tiene hematurias que teñian la orina uniformemente; estas hema-

turias se producian siempre que hacia ejercicios más ó menos violentos, como el correr y andar á caballo; dolores al fin de la miccion tambien despues de los ejercicios arriba mencionados.

Hace tres meses sufre de incontinencia nocturna, las orinas son turbias y con filamentos.

Nunca ha tenido blenorragia, sufre de grandes picazones en el glande, sobre todo en el meato.

Miccion.—Cada media hora durante el dia y la noche número que aumenta con el carruaje y movimiento.

Dificultades de la miccion.—Miccion lenta y entrecortada con mucho esfuerzo al final: miccion mejor ejecutada de pié.

Modificaciones del chorro. — Delgado, con poca proyeccion, aplanado.

Dolor.—Ardores bruscos al final de la miccion; la miccion consecutiva al descanso, despues del movimiento es sumamente dolorosa.

Localizacion del dolor.—Periné, hipogastrio.

Dolor provocado. — La presion provoca dolores en la region renal.

Inspeccion de la esfera génito-urinaria. - Nada de particular.

Exploracion del canal.—El explorador á bola Nº 20 se detiene á la entrada del bulbo por donde pasa el Nº 18, que deja sentir un cuerpo rugoso. Hay espasmo.

Exploracion de la vejiga.—Muy sensible al contacto. Contractilidad exagerada, á la evacuacion por la sonda se siente una sensacion rugosa acompañada de choque de un cuerpo duro; al final de la evacuacion ligeras gotas sanguinolentas.

Capacidad vesical, 80 gramos. Con el explorador metálico se nota un cálculo de superficie rugosa de 3 1/2 centímetros por 2 1/2.

Curso de la enfermedad.—Octubre 13.—Lavaje vesical con nitrato de plata 1 0/00. Salol al interior. Supositorios de morfina y belladona. Dieta láctea; hasta el 18 el mismo tratamiento en que se retira la dieta.

Octubre 20.—Dilatacion gradual y progresiva empezando con los Beniqué 48, 49 y 50.

El 5 de Noviembre alcanza al Ultzman 30.

El 7 de Noviembre se le hace la litotricia no consiguiéndose romper el cálculo á pesar de haberse usado el litotritor más poderoso (el Nº 2 Guyon) y hecho de la fuerza que en tales casos es posible, se le fija una sonda; dieta láctea. Salol al interior y lavajes vesicales; temp. despues de la operacion 37.6 á la tarde. El análisis de la orina practicado dos dias antes de la operacion dá el siguiente resultado: Orina con filamentos. Sedimento abundante. Reaccion alcalina. Filamentos compuestos de mucus, glóbulos de pus, epitelio uretral, cristales fosfato amónico magnesiano.

Análisis bacteriológico.—No hay gonococus, numerosos estafilococus.

Noviembre 8.—Temp. 37 y 36.6. El enfermo se encuentra bien.

Noviembre 9.—Temp. 37 y 37.2. Se le saca la sonda, se ordena un purgante, el enfermo siente dolores en la region renal, se le ordenan ventosas sarjadas. Continúan los lavajes vesicales de nitrato de plata.

Noviembre 10.—El enfermo sigue mejor. Continúa el mismo tratamiento. La temperatura es normal.

El 19 de Noviembre las orinas son turbias y en gran cantidad, la temperatura á la mañana es de 37º y á la tarde sube á 40º. Se le prescribe tratamiento apropiado; el estado del enfermo es malo.

Noviembre 20.—Temp. 39 y 39.4 por la tarde.

Noviembre 21.—Temp. 38 y 38. El enfermo mejora.

Noviembre 22.—Temp. 37.8 y 37.4.

Noviembre 23.—Temp. 36.8 y 37.2.

Sigue la temperatura normal y el mismo tratamiento, el enfermo adquiere fuerzas y se le prepara para la talla.

Análisis de orina practicado en Diciembre 3. — Orinas color amarillo ambarino, turbias, sedimento abundante.—Densidad 1019. Reaccion alcalina. Urea, por mil 18.90. No hay pus.

Numerosos micro-organismos Leucocitos granulosos. Gran cantidad de cristales fosfato a. m. Cristales de urato de amonio. Poco epitelio vesical.

El estado delicado del enfermo ha mejorado y en Diciembre 9 (temp. á la mañana 37.2) á las 3 p. m. se hace la alla hipogástrica en la posicion de Tredeleuburg y sutu-

rándose completameute la vejiga en la forma dicha en la observacion anterior con seda.

Se extrae un cálculo de 4 1/2 cent. de largo por 3 1/2 cent., la temperatura despues de la operacion se eleva á 39° y á la hora desciende á 38°1. El análisis de orina practicado el dia antes de la operacian da el siguiente resultado: Densidad 1010. Albúmina 0.25 0/00. Urea por mil 11.88, cilindros hialinos, Leucocitos granulosos

Diciembre 10.—Temp. por la mañana 37.3, por la tarde 38. Un purgante para el siguiente dia.

Diciembre 11.—Temp. 37°4, por la tarde 37°2. Se levanta la curacion á fin de verificar el estado de la herida, pues el enfermo se queja de dolores lijeros, encontrándose la herida en estado inmejorable.

Diciembre 12.—Temp. 36°9 y 37°4. El enfermo empieza á alimentarse.

Diciembre 13.—Temp. 37°2 y 37°.

Diciembre 14.—Temp. normal, se sacan seis puntos de sutura, la herida cicatrizada por primera intencion.

Diciembre 15 y 16.—Temp. normal.

Diciembre 17.—Se quitan todos los puntos de sutura de la herida abdominal; hay una lijera reaccion inflamatoria alrededor de algunos puntos. Se cambia la sonda Peltzer por una acodada lavándose la vejiga con ác. bórico 4 %. No admite la vejiga más de 40 gramos.

Diciembre 18.—Se lava la vejiga con nitrato de plata al 1 0/00. Temp. normal.

Diciembre 19.—Se lava la vejiga con nitrato de plata que sale poco modificado. Se retira la sonda permanente y se ordena sondarlo cada hora para quitarle la orina. Cantidad de orina en las 24 horas, 1400 gramos.

Diciembre 20.—Se le sonda cada hora por via precaucional. La herida cicatrizada. Temp. normal.

Diciembre 22.—Se suspenden los cateterismos. Siguen los lavajes vesicales. El enfermo se levanta y permanece en observacion hasta que sin novedad alguna es dado de alta el 5 de Enero del presente año.

LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DE BERNA

SU INSTALACION, PRACTICAS Y USOS

Por el **Dr. NICOLÁS REPETTO**

Asistente agregado de la Clínica, Corresponsal del «Círculo Médico Argentino»

El profesor Kocher tiene su servicio de cirugia en Inselspital, edificio vasto y moderno, construido segun el sistema de pabellones aislados, y situado en los alrededores de Berna sobre una altura, desde donde se disfruta de un panorama espléndido. El servicio consta de las salas y de la clínica. Las salas son en número de cinco y alojan cada una de 12 á 15 enfermos; han sido construidas teniendo en cuenta los preceptos más modernos que rigen ese género de construcciones, y dentro de un plan relativamente modesto, no se ha economizado nada para asegurar el bienestar de los enfermos. Las paredes de las salas están rebocadas en cal y pintadas al fresco; los pisos son de madera (*parquet*); la ventilacion y la calefaccion se hallan aseguradas por medio de aparatos sencillos y eficaces; el mobiliario es sencillo, confortable y hasta elegante; los lavatorios están distribuidos con profusion. Cada sala tiene como dependencias: dos piezas para los enfermos graves ó que deben ser aislados por razones de contagio, un lavatorio para los enfermos, dos letrinas, una pequeña cocina, y un refectorio para los enfermos; además cada sala está provista de una pequeña *terrasse*, donde son llevados los enfermos que más lo necesitan cuando hace sol y temperatura agradable. Las salas están distribuidas en dos pisos: planta baja y alta; la planta baja ha sido construida á $2^{m},50$ por encima del terreno; hay un ascensor para subir y bajar los enfermos en sus camas respectivas.

La *clínica* propiamento dicha ocupa un edificio situado al nivel del terreno y reunido á las salas mediante una galeria cerrada lateralmente con vidrios. La clínica consta de: un anfiteatro, dos salas de operaciones, un cuarto de esterilizacion,

un cuarto para los instrumentos, un laboratorio, un museo, un cuarto cámara oscura, y un cuarto que sirve de biblioteca y gabinete del profesor.

El *anfiteatro* es sencillo y confortable, aloja cómodamente los 70 ú 80 estudiantes que asisten regular y diariamente á las lecciones clínicas; los asientos están provistos de tablas largas, en forma de mesa, donde los estudiantes pueden tomar cómodamente sus apuntes. La luz, la ventilacion y la calefaccion están bien aseguradas; posee varios lavatorios para el profesor y estudiantes. Hay tambien dos grandes pizarras con tiza de muchos colores; muy á menudo las largas disertaciones teóricas son sustituidas por dibujos más ó ménos esquemáticos qua facilitan la comprension y graban el recuerdo de las cosas. En el centro del anfiteatro hay una mesa donde es colocado el enfermo durante las demostraciones clínicas. El acceso de los estudiantes á la clínica, se hace por dos puertas situadas detrás del anfiteatro; de esta manera no se ven obligados á pasar por las salas ni por otros sitios donde pudieran molestar ó ser molestados. El acceso á las salas está rigurosamente prohibido á los estudiantes; á las operaciones asisten de vez en cuando por turnos de 6.

El *museo* es una pieza grande, circundada de armarios donde se guardan, muy bien acondicionadas y rotuladas, las piezas interesantes, provenientes de operaciones ó autopsias, y muchos modelos y piezas de yeso; posee tambien una mesa grande provista de cajones donde los asistentes guardan su libro de observaciones. Al museo y al anfiteatro son llevados los enfermos en sus camas, para interrogarlos sobre sus antecedentes hereditarios é individuales; de esta manera no se ven obligados á contar en presencia de los compañeros sus miserias y las de su familia.

El *laboratorio*, sin ser muy grande está instalado con todo lo necesario. Los picos de gas y agua están distribuidos con profusion; hay una mesa cubierta de vidrio y bien iluminada que sustenta los microscopios; hay tambien una campana de vidrio y madera donde se hacen las reacciones que desprenden gases peligrosos ó incómodos. En el centro de la pieza una gran mesa en forma de mostrador, donde se hacen las reacciones, etc. en las paredes hay dos carteles escritos con letras muy grandes: en uno se indican los principales procedimientos para investigar la albúmina, azúcar, indican, etc. de la orina,

en el otro se indican los métodos de coloracion y la manera de proceder en la investigacion de los principales microbios. A lo largo de las paredes hay estantes donde se guardan los frascos, medios de cultura estériles y sembrados, jaulas de alambre con los conejos, chanchitos ó ratas inoculados, etc. Los medios de cultura (tubos de gelatina, agar, caldo. etc.) se compran, ya preparados y estirizados, en el Instituto Bacteriológico.

El *cuarto cámara oscura* está destinado para los exámenes de fondo de ojo, laringe, etc., y para las manipulaciones de la fotografia cuyo concurso se utiliza con muchísima frecuencia. En este cuarto hay tambien una balanza para pesar los enfermos.

La *biblioteca* y *gabinete* del profesor encierra una coleccion de atlas, planchas murales, figuras de cera y varias obras y revistas de cirugía; todo esto sirve para las demostraciones del profesor.

La clínica posee dos salas de operaciones: una para los casos asépticos ó supuestos tales y la otra para los casos sépticos.

La *sala de operaciones asépticas* es un recinto de $4^m \times 5^m$ de superficie y 3^m de altura; su forma es rectangular y dos de sus ángulos son romos; de las cuatro paredes que la limitan, tres son de vidrio y hierro, mientras que la pared restante, comun á las piezas contiguas, es de material. El techo, tambien de vidrio y hierro, es doble; entre un techo y otro existe una separacion de 1^m y en este espacio se han colocado pantallas de género blanco para regular la luz y atajar los rayos solares. El hierro empleado en esta construccion es pintado de blanco por la parte interna y la pared de material está tapizada hasta el techo de baldosas enlozadas. El piso es de mosaico veneciano y está provisto de rejillas para la evacuacion de los líquidos. La ventilacion se hace por medio de un tubo que comunica con el aire exterior y por cuatro pequeñas ventanas, que pueden se abrir ó cerrarse á voluntad; en estas ventanas se han colocado varios dobleces de gaza (que se renuevan con frecuencia) para filtrar el aire que por ellas penetra. La sala de operaciones asépticas no tiene más que dos puertas (tambien de vidrio y hierro): una dá acceso á la sala de operaciones sépticas y la otra al cuarto de la esterilizacion. He dicho ya que una de las paredes de la sala es de

material; pues bien, en esta pared se hallan incrustados una estufa seca para esterilizar las vendas y un enorme autoclavo para el material de curacion, pasando tambien por esta pared un tubo de goma que trae el agua hervida desde una caldera situada en la pieza vecina. Tanto la estufa como el autoclavo, han sido incrustados en la pared de tal modo que solo aparecen en la sala de operaciones asépticas, sin hacer relieve, mientras que por el contrario hacen gran relieve en el cuarto contiguo de la esterilizacion. La estufa seca y el autoclavo están provistos de dos puertas: una que dá á la sala de operaciones asépticas y la otra al cuarto de la esterilizacion; de esta manera cuando se hacen funcionar los dos aparatos se maniobra en el cuarto de la esterilizacion, mientras que del lado de la sala de operaciones asépticas no hay más que abrir la puerta de la estufa ó del autoclavo para tomar el material esterilizado.

La calefaccion de la sala se hace por medio de dos planchas de hierro, huecas, en cuyo interior circula una corriente de vapor de agua; estas dos planchas descansan verticalmente sobre cuatro rueditas, de manera que ocupan muy poco espacio y constituyen un calorífero movible que pueda aproximarse ó alejarse de la mesa de operaciones. En esta sala no hay lavatorios y sus únicos muebles son la mesa de operaciones, tres mesitas de hierro y vidrio para los instrumentos y un termómetro de pared. Con una bomba de agua se duchan diariamente el piso, las paredes y el techo de esta sala.

La *sala de operaciones sépticas* está instalada en una pieza ordinaria de $4^{m},50 \times 6^{m},50$; sus paredes son rebocadas en cal y pintadas al fresco; el piso es de mosaico veneciano y el techo está provisto de una claraboya. Esta sala posee su mesa de operaciones, mesitas para los instrumentos, una caldera para hervir agua, estantes donde se guardan los frascos con las soluciones antisépticas y el calentador á gas para hervir los instrumentos. Colgados á una percha varios delantales de goma para las operaciones sépticas; hay tambien un cajon donde se guardan los zapatos de goma y varias almohadillas para la mesa de operaciones. Además de todo esto, hay en esta sala los lavatorios destinados á la desinfeccion ó lavado de las manos, antes y despues de las operaciones, sépticas ó asépticas. Estos lavatorios se componen de cinco robinetes que suministran agua caliente, fria ó mezclada (á voluntad); de-

bajo y á lo largo de estos robinetes hay una especie de batea de laton, muy ancha y de más de $1^{m},50$ de largo, que sirve para recoger el agua que cae de los robinetes durante el lavado de las manos. Por encima y á lo largo de los robinetes, formando ángulo recto con la pared, hay una chapa de mármol donde son colocados los frascos que contienen los cepillos, limas, tijeras, piedra-pómez, etc.; los cepillos son conservados en solucion sublimada. Colgado á cada robinete hay un tarrito de hierro enlozado que contiene el jabon Viridis, es decir, una pasta ó pomada jabonosa á base de potasa, que se usa esclusivamente en la clínica para la desinfeccion de las manos. Estos tarritos están cuidadosamente cubiertos con un paño de gaza esterilizada y un papel de gutapercha. De los cinco robinetes que posee el lavatorio, tres están destinados á la desinfeccion de las manas *antes* de las operaciones y los dos restantes al lavado de las manos *despues* de las operaciones. Vuelvo á decir, que en este lavatorio no pueden lavarse sinó aquellas personas que van á tomar ó que han tomado parte en la operation, séptica ó aséptica; para el lavado de las manos en otras circunstancias, existen lavatorios en otras reparticiones de la clínica.

El *cuarto de la esterilizacion* es, sin duda, una de las reparticiones mas importantes del servicio; contiene, además del autoclavo, de la estufa seca y de la caldera para hervir el agua, grandes armarios á lo largo de las paredes, un lavatorio, y en el centro una mesa grande forrada de una lámina metálica; el piso de esta pieza es de madera (*parquet*). La estufa seca que sirve para esterilizar las vendas no tiene de particular más que sus dimensiones, que permiten esterilizar el considerable número de vendas que se emplean diariamente en el servicio. La caldera para hervir el agua es un recipiente de cobre, de forma cilíndrica, provisto de un poderoso mechero á gas: el agua no se filtra antes de hacerla hervir. El autoclavo es de forma cilíndrica, construido en hierro, cobre y laton por la casa Escher, Wyss y Cia. de Zurich, segun indicaciones dadas por el profesor Kocher. Tiene $0^{m},60$ de diámetro y 1^{m} de largo, y como ya lo he dicho, está incrustado horizontalmente, en la pared que separa el cuarto de la esterilizacion de la sala de operaciones asépticas. Este autoclavo está provisto interiormente de rejillas metálicas para colocar el material de curacion y en su interior se abren cuatro tubos:

1º, un tubo que dá acceso al vapor de agua (este vapor de agua es suministrado por la usina del hospital); 2º, un tubo regulador automático de la presion; 3º, un tubo para hacer salir el vapor de agua, una vez que la esterilizacion está concluida; 4º, un tubo para dar salida al vapor de agua condensado, una vez que el aparato cesa de funcionar. El autoclavo posee tambien un manómetro-termómetro y un termómetro de mercurio. En este aparato se esterilizan: la gaza para las curaciones, los tapones de gaza para secar la sangre en las operaciones y las pañoletas que sirven para rodear el campo operatorio. Todo este material queda despues de la esterilizacion, muy húmedo debido á que el autoclavo no posee, como la estufa de Sorel, por ejemplo, la trompa de agua que sirve para desalojar completamente el vapor de agua del aparato.

En los armarios que hay á lo largo de la pared del cuarto de la esterilizacion, existen tarros de vidrio para guardar la gaza esterilizada, las vendas esterilizadas, la gaza al timol, carbol etc. La mesa forrada de una lámina metálica que hay en el centro de la pieza, sirve para preparar la gaza yodoformada, timolada, sublimada, etc.; la lámina metálica que cubre esta mesa es conservada muy limpia y cuando se debe trabajar sobre ella se la cubre antes con una gran pañoleta esterilizada. En el cuarto de la esterilizacion hay tambien un lavatorio provisto de cepillos en sublimado, lima, tijera, etc., para la desinfeccion de las manos antes de manejar la gaza.

El *cuarto de los instrumentos* es muy pequeño y contiene solamente dos grandes armarios de vidrio y metal: en uno se guardan los instrumentos para las operaciones asépticas y en el otro los instrumentos para las operaciones sépticas. Esta separacion de los instrumentos es absoluta en los armarios, pero no en la práctica, pues sucede á veces que de ciertos instrumentos no se tiene sinó un solo ejemplar que hay que emplear tanto en una operacion aséptica como séptica. El ideal seria tener un arsenal completo y repetido, y á esto tienden los esfuerzos constantes del profesor Kocher.

Mesas de operaciones; anestesia.—La clínica posee dos mesas de operaciones: una en la sala aséptica y la otra en la sala séptica. Esta última es una mesa de laton con patas de hierro y tiene en el centro un agujero para evacuar los líquidos; el plano de la mesa es horizontal y en su interior se pone agua caliente para que el enfermo no se enfrie. Entre el

cuerpo del enfermo y la mesa de operaciones, se interponen varias almohadillas forradas de cuero disponiéndolas de tal modo que la cabeza del enfermo ocupe un plano mas inferior con relacion al resto del cuerpo; esta disposicion de clive de la cabeza es dada en vista de oponerse á la ligera anemia cerebral que se produce durante la narcosis.

La mesa para las operaciones asépticas ha sido construida por la casa de M. Schaerer (1), de Berna, segun las indicaciones dadas por el profesor Kocher. Es de cobre pulido con patas del mismo metal; tiene en el centro un agujero para los líquidos y el cuerpo de la mesa es calentado con agua caliente. La superficie de la mesa está formada de dos planos: el que corresponde á la cabeza más bajo que el que corresponde á las extremidades; estos dos planos son inmóviles. Esta mesa posee tambien sus almohadillas para interponerlas entre ella y el cuerpo del enfermo, cuidando de la posicion declive de la cabeza. En la extremidad de la mesa que mira hácia los piés del enfermo, pueden colocarse dos soportes para las piernas durante las operaciones de periné, vagina, etc., en la extremidad de la mesa que mira hácia la cabeza del enfermo, puede colocarse un arquito, sobre cuyo uso voy á dar algunos detalles. En las operaciones del cuello ó regiones próximas del tórax, la asepsia ó antisepsia rigurosas se hallan á menudo comprometidas por la proximidad de la cara del enfermo, de la máscara para el anestésico, á veces por los vómitos ó por la saliva del enfermo; el profesor Kocher ha obviado estos inconvenientes mediante un arquito, que queda á unos veinte centímetros por encima de la cabeza, y una pañoleta esterilizada. Esta pañoleta, preparada expresamente, tiene una escotadura cóncava en uno de sus bordes; esta escotadura es aplicada debajo del menton del enfermo y atada detrás de la nuca, en seguida la pañoleta es echada encima del arquito De esta manera la pañoleta esterilizada forma una especie de pantalla vertical, detrás de la cual se hallan la cabeza del enfermo, la máscara para el anestésico, etc.

Cada una de las mesas de operaciones posee dos almohadillas de cuero provistas de correas, que sirven para fijar el en-

---

(1) El catálogo de esta casa contiene la descripcion ilustrada de los aparatos é instrumentos del profesor Kocher: he enviado un ejemplar á la biblioteca del Círculo Médico Argentino por si alguien desea consultarlo.

fermo; una de las almohadillas es muy sólida, se la pasa sobre las rodillas del enfermo; y se la ajusta debajo de la mesa, la otra almohadilla rodea la muñeca del enfermo y sujeta el brazo correspondiente; generalmente se sujeta el brazo del lado donde se colocará el operador, el otro brazo es dejado libre para el encargado de vijilar el pulso. Estas almohadillas evitan esas escenas de fuerza, tan desagradables, que se producen durante el período de la excitacion anestésica y economizan el personal que se necesita para sujetar al enfermo durante el mismo período.

El profesor Kocher emplea la anestesia local todas las veces que la considera suficiente ó necesaria; se sirve para ello de la solucion de cocaina al 1 por 100, que inyecta intra y subcutánea. Las tiroidectomias las hace por lo general con cocaina y los enfermos apenas dan muestras de dolor, en este género de operaciones, aparte de que la anestesia con cocaina es suficiente en la mayoria de los casos, ella permite hacer pronunciar al enfermo algunas vocales para ir controlando el estado del nervio recurrente á medida que avanza el trabajo de la operacion.

Como anestésicos generales se emplean: el cloruro de ethilo, el cloroformo y el ether. El cloruro de ethilo para aquellos casos en que se desea obtener una narcosis rápida y de corta duracion. Las anestesias generales se hacen ordinariamente por un método mixto: se empieza con el cloroformo, dado gota á gota, y una vez que el período de excitacion ha pasado, se continúa con el ether y se sigue con él durante toda la operacion. El cloroformo es empleado en este método mixto, con objeto de acortar el período de excitacion que seria muy largo si se empleara el ether esclusivamente. Cuando el enfermo presenta ciertas lesiones del aparato respiratorio, inflamatorias especialmente, que contraindican el empleo del ether, entonces se usa el cloroformo únicamente.

Las máscaras que se emplean para el cloroformo y el ether han sido construidas bajo las indicaciones del profesor Kocher; la máscara para el cloroformo es de alambre nikelado, cubierta de un trozo de flanela blanca, es pequeña, se mantiene á cierta altura de la cara y posee dos anillos laterales para sugetarla; la máscara para el ether es un poco más grande y la flanela está cubierta exteriormente con género impermeable.

Para hacer la anestesia el encargado toma asiento á la cabe-

cera del enfermo y se ocupa únicamente de su trabajo; á su lado tiene una mesita con los frascos de anestésico, las caretas, pinzas para la lengua, abreboca, pinzas montadas, un frasco con pañoletas de gaza para limpiar la boca del enfermo y una pequeña vasija para recojer los vómitos. La máscara es aplicada directamente sobre el rostro del enfermo; no se le cubren los ojos con un pañuelo, ni se le pone pomada ó vaselina en los lábios y la nariz. Durante la anestesia hay una persona encargada únicamente de vijilar el pulso.

(Continuará.)

Sobre la patogenia y tratamiento del abceso alveolar

Por **A. Palermo**

Estudiante de odontologia

A propósito de un artículo escrito por el doctor J. M. Henriquez, que he tenido la ocasion de leer en el número anterior de esta publicacion, el cual trataba « de la importancia del tratamiento oportuno en el abceso alveolar », deseo decir dos palabras respecto de ciertos conceptos que reputo erróneos sobre la formacion, evolucion y tratamiento de las lesiones aludidas.

Los abcesos segun él superficiales, crónicos para todos los otros consisten, dice, « en una pequeña tumefaccion de la encia « que ocupa la porcion bucal ó labial del alveolo; son muy sen- « sibles, dolorosos al tacto, tienen una marcha de corta du- « racion y debido á los tejidos poco espesos ceden espontá- « neamente ó una presion cualquiera dando salida al pus y cu- « rando rápidamente ».

¿Es exacto todo lo que el doctor Henriquez afirma?

Por lo que se refiere á la tumefaccion de la encia y el dolor al tacto, seguramente sí; pero no sucede lo mismo por el resto sobre el cual podemos con toda franqueza contestar que ha incurrido en un error por razones que dilucidaremos en seguida.

« Tienen una marcha de corta duracion » él dice.

Parece así, pero no lo es en realidad, porque el perióstio sigue sometido á la influencia de la inflamacion crónica y se-

gregando por consiguiente materias purulentas, en pequeña escala, pero que acumuladas de nuevo darán lugar á nuevas evacuaciones por la encia, cerrada provisoriamente y no permanentemente como cree el doctor Henriquez.

«Ceden espontáneamente ó á una presion cualquiera debido « á los tejidos de poco espesor.»

Sabemos muy bien que las encias, con la mucosa palatina y mucosa de la cara dorsal de la lengua, son los tejidos más espesos de la membrana que tapiza la cavidad bucal.

Una vez que el pus se haya poco á poco acumulado por las extravasaciones lentas y contínuas de la periostitis crónica, y reabsorbido la pared alveolar, se encuentra al contacto de la mucosa gingival á quien, por su presencia constante, inflama, ulcera y destruye hasta el extremo tal de ceder espontáneamente ó á cualquiera presion.

Así que entónces no es el poco espesor de los tejidos, sino la ulceracion interna de la mucosa provocada por el pus para abrirse camino y salir al exterior, ayudado al mismo tiempo por la reaccion de los elementos anatómicos que eliminan y absorben sus congéneres para dar paso á este cuerpo extraño.

Tenemos otra prueba tambien que nos la proporcionan los abcesos agudos, en donde la mucosa al contacto de cantidades más ó menos considerables de pus, no cede sino con la presion del bisturi, y eso, todo por no tener el pus el tiempo suficiente de ulcerar y preparar la membrana como en los abcesos precitados.

Evacuando el contenido de la encia, se cierra y se cicatriza completamente; por eso el doctor Henriquez ha dicho que «traen la curacion rápida»; pero en realidad no es así, porque si bien es cierto que en ausencia de materias irritantes como el pus, se establece inmediatamente el período de reparacion, siguiendo los elementos anátomicos, más activamente que en el proceso inflamatorio, sus funciones de eliminacion de los elementos alterados y de multiplicacion (kariomitosis) para la regeneracion de los tejidos, cierto es tambien que esa cicatrizacion es nada más que pasajera, porque al poco tiempo, si se toma uno la molestia de seguir estos abcesos, vé formarse de nuevo la tumefaccion de la encia con todos sus fenómenos característicos.

La patogénia de estos abcesos existe generalmente en dien-

tes cariados, mal obturados, raices muertas, coronas artificiales, etc., pero nunca en resfrios.

El tratamiento es muy importante y debe ser bien dirigido si se quiere obtener un resultado feliz.

Muchas veces la sanacion se obtiene por el canal de la raíz, el cual se abre bien con una presa de canales hasta el ápice, haciendo en seguida uso de irrigaciones antisépticas á dósis elevadas, y despues seco, con una sondita rodeada de algodon embebido en óxido de etilo ó tricloruro de formilo, se pasará varias veces por el canal llegando hasta el periostio para excitar así sus funciones de secrecion, y hasta nueva curacion se dejará en el canal una pequeña mecha de algodon con el medicamento aludido, cubriéndolo con otro algodon, seco ó embebido tambien, en tintura de benjuí, adecuado á la cavidad del diente; esto se hace tambien con hidroxibenzol, creosota, etc., cuyos agentes se emplearán en las curaciones siguientes.

Sobre la encia se aplicará tintura de iodo ó de acónito.

Los otros tratamientos muy usados en estos casos, son: la trepanacion alveolar, amputacion radicular, y la reimplantacion, con sus respectivos métodos curativos.

Excusado es decir que debe usarse rigurosa antisepsia y que el estado del diente y del alveolo debe permitir semejantes tratamientos.

En su último período el doctor Henriquez, hablando del tratamiento oportuno de los abcesos agudos ó calientes, llamados por él profundos, dice lo siguiente:

« En mi práctica he tenido ocasion de observar muchos « casos con cuya historia podria llenar muchas páginas; en « los que una intervencion tardia ó inhábil ha traido com- « plicaciones sin cuento y en las que operaciones graves han « sido necesarias para remediar trastornos que han podido com- « prometer la vida (necrosis) caries, etc., etc., y que hubieran sido « seguramente evitados por una intervencion oportuna y ra- « cional; siendo á mi juicio la extraccion el medio más efi- « caz y seguro por aquello de *sublata causa tollitur efectus* ».

Bastante benévolo me parece el doctor Henriquez con la extraccion, pues para mí y otros muchos que vemos las cosas á través de un prisma muy distinto, en el número mayor de los casos se consigue la salvacion del diente atacado; menos cuando el abceso ha sido provocado por un diente cuya con-

servacion no es posible á causa de una excesiva deterioracion coronaria y radicular, producida por los destrozos de la cárie ó un traumatismo muy violento.

Pero bien lejos estamos de hallar el diente siempre en semejante estado, y eso tenemos la ocasion de verlo muy á menudo en la clínica odontológica dirigida por el Dr. N. Etchepareborda, quien aconseja no sacrificar el diente cuya conservacion es necesaria y posible.

Una periostitis aguda puede ser provocada por sustancias pulparias en descomposicion, por partículas alimenticias penetradas en el canal y putrefactas, las que con los líquidos bucales en estado análogo, secreciones periósticas y otros cuerpos extraños favorecen la nutricion y multiplicacion piogénica; el estafilococcus piogenes aureus es el agente, dicen Socin y Garré, que con mucha mas frecuencia que ningun otro predomina en el pus, y dá á éste un color amarillento; el color blanco se lo dá el estafilococcus piogenes albus, y los otros colores que en él suelen observarse, son debidos, el oscuro á la emigracion de muchos glóbulos rojos y el azul á la presencia de la piocianina.

Una vez formado el pus empieza su trabajo de absorcion y alteracion hácia los tejidos, diremos como el doctor Henriquez, de la *pars minoris resistentiæ*.

Las inserciones musculares y aponeuróticas se resisten considerablemente á la reaccion de las materias purulentas; es por eso que, debido algunas veces á las raíces muy largas de los dientes y á la conformacion de la region, como bien lo ha hecho ver el doctor Henriquez, su abertura no se observa siempre en el sitio habitual, que es el vestíbulo de la boca, sino en partes mas ó menos alejadas, debajo del menton, sobre la cara externa del maxilar inferior, sobre su cara interna debajo la lengua, en el cuello, etc., para la mandíbula inferior; y bóveda palatina, proximidades de la fosa canina, seno maxilar, fosas nasales, etc., para el maxilar superior.

Como dice el doctor Henriquez, numerosas son las complicaciones que puede traer un abceso alveolar; pueden dividirse en *locales, de las partes vecinas y generales.*

Las locales consisten en periostitis de los dientes vecinos, gengivitis, estomatitis, flegmones, edemas, amigdalitis, cárie y nécrosis de los maxilares, etc.; los de las partes vecinas, en las afecciones de los órganos de los sentidos, otitis, otalgia,

sordera parcial ó total, oftalmia, coriza; afecciones de la articulacion témporo-maxilar; contraccion espasmódica de los maséteros; anginas y adenitis; y los generales se presentan bajo la forma de fiebres, accidentes nerviosos variados, caquexia, meningitis, actinomicosis, y hasta piemias y septicemias por el fenómeno de absorcion.

El diente es muy doloroso, especialmente de noche, no siéndolo mucho menos los dientes vecinos; vacilante, debido á la tumefaccion del periostio y las causas no son solamente las citadas: pueden venir tambien de extractores rotos en el canal, heridas producidas en el periostio por fresas de canales, medicamentos mal aplicados, violencias exteriores, obturaciones mal hechas, estomatitis, denticion, afecciones del antro de origen no dentario, afecciones de los maxilares, raíces muertas, y hasta por propagacion de la inflamacion de la pulpa.

Pero existiendo su patogenia en las sustancias tóxicas formadas en el canal, como sucede en la mayor parte de los casos, no es en la extraccion que el doctor Henriquez debe encontrar la *sublata causa tollifur efectus*, sino eliminando la infeccion existente en los canales con agentes terapéuticos apropiados y un tratamiento bien dirigido: porque seria verdaderamente muy reprochable sacrificar un diente con paredes bien sólidas y que siendo necesario, por mucho tiempo todavia podria prestar buenos servicios en la boca.

Lo mismo sucede en el caso de abceso provocado por lesiones traumáticas ú obturaciones mal hechas que hayan producido la muerte de la pulpa, cuya descomposicion consecutiva accionando como causa irritante sobre el periostio dará lugar á una periodontitis aguda con abceso alveolar; entonces no es la avulsion que está indicada, sino la reseccion dentaria ó la extraccion de las sustancias de obturacion: abriendo la cámara pulparia y canales y librando al periostio de toda irritacion limpiando y desinfectando estos últimos.

Tambien se evitará la extraccion cuando la causa existe en extractores rotos, medicamentos mal aplicados, heridas producidas por las fresas, etc., etc.

La reimplantacion, tan usada hoy dia por sus felices resultados en la artritis dentaria crónica, tambien en algunos casos de estos está indicada y puede ser útil en la conservacion de los dientes que el doctor Henriquez aconseja extraer.

Así es que no se debe con tanta premura privar al organismo de sus dientes, sobre todo cuando hay necesidad y posibilidad de salvacion; y mucho menos debe hacerlo el práctico experimentado y con profundos conocimientos, como estoy convencido que es el doctor Henriquez discípulo de una renombrada escuela extranjera.

No es en la avulsion que podemos hallar los adelantos científicos deseados, sino en el estudio de la salvacion de los dientes, separando la enfermedad sin sacrificio de ninguna especie, si es posible para estos órganos.

Es cierto que el tratamiento de los canales no es muy agradable, pero muy loable seria que todos, en ciencias como éstas trabajáramos con interés y entusiasmo infatigable para ser útiles tanto á la ciencia como á la humanidad que sufre.

Si asi hablo no debe creer el doctor Henriquez que soy completamente adverso á la extraccion: al contrario, reconozco su importancia en muchos casos, pero lo que no puedo admitir es su juicio de ser el medio mas eficaz y seguro, estableciéndolo casi como regla fija porque así lo quiere la *sublata causa tollibur efectus*.

El dentista, como el cirujano en general, debe ser conservador y ha de esforzarse por no sacrificar, sino en último caso órgano alguno.

Sobre la receta para hacer abortar los abcesos, me limito á manifestar mi creencia de que muy pocas veces el doctor Henriquez conseguirá el fin que se propone con semejante tópico.

A grandes rasgos he tocado algunos puntos referentes á la patogenia y tratamiento del abceso alveolar.

Si esta exposicion carece de gran material científico, pido que se me disculpe por haberme atrevido, siendo aún estudiante, á tomar parte en esta discusion.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Accion bactericida del paraclorofenol sobre el bacillus de Koch

A. Spengler (*Med. Weeck*, 1895) ha emprendido investigaciones que demuestran cuasi sin duda la accion bactericida del paraclorofenol sobre el bacillus de la tuberculosis. Inyecta en la cavidad intraperitoneal esputos de tuberculosos mezclados con agua simple ó adicionada de parafenol al 2 %. Sacrificando mas tarde los animales ha podido comprobar las lesiones tuberculosas incuestionables en los que no habian sido tratados por el paraclorofenol, y su estado de inmunidad, en el caso de haberse empleado este agente.

(*Amer. Drog. and Pharm. Record*, 10 Enero 1895, p. 12)—(*Les nouveaux remédes*).

Pralinés de quinina

Por el Dr. O. Caspari

Por medio de una série de experiencias ha conseguido el autor transformar la quinina en una forma en que el sabor amargo se halle reducido. Su fácil solubilidad, en esta forma, le hace igualmente de gran valor terapéutico y fisiológico. La casa J. D. Riedel de Berlin ha tomado á su cargo esta fabricacion.

(*Pharmaceutische Zeitung*, 1894.)

Ergotina

contra el sudor nocturno de los tísicos por J. Goldendach, Director del Hospital de S. M. Alejandro III en Moscou

(*Deutsche med. Wochenschrift*, núm. 26, 1894)

El sudor nocturno constituye, como se sabe, un síntoma muy molesto en los tísicos; además debilita extraordinariamente á los enfermos.

La pérdida de tales cantidades de agua va tambien acompañada de otros perjuicios. Es sabido, por lo demás, que no todos los tísicos sudan de la misma manera: mientras que algunos lo hacen de un modo apenas perceptible y otros en grado considerable; los hay que yacen bañados en agua.

Es por demás natural que contra un síntoma de esta clase se hayan empleado muy diferentes medios. El autor mismo, ha probado una série cuya enumeracion evitamos, pero teniendo en cuenta el papel importante reservado á los nervios vasomotores en los procesos de exudacion, pensó el autor en administrar á los tísicos Secale cornutum contra el sudor nocturno. El resultado fué en la mayoria de los casos muy satisfactorio y á veces sorprendente. Daba ordinariamente antes del sueño dos polvos de Secale de 0,3 cada uno. En muchos casos el sudor se hace luego insignificante, en otros cesa completamente.

De todas manera, constituyen excepcion los casos en que este medio terapéutico queda sin accion. El hecho además de haberse usado por largo tiempo sin complicacion alguna, agregado al gran bienestar obtenido por los enfermos, ha decidido al autor á recomendarlo calurosamente á sus colegas.

En las últimas semanas modificó el autor su tratamiento sustituyendo el Secale cornutum por la ergotina, inyectada de una manera subcutánea.

Usa la siguiente prescripción:

R/p. Extr. secal cornuti 3,0
Spirit. dilit.
Glycerin
Ag. dest. aa 5,00

M. D. S.

Para inyectar una jeringuilla cada noche.

El resultado del tratamiento en esta forma es todavia mas constante y en su mayoria mucho mas sorprendente.

Aplicacion terapéutica de las sales de estroncio

POR ADOLF RIED
De la 5ª seccion médica del Hospital General de Viena

Despues de haber sido demostrada por Laborde la accion inócua de las sales de estroncio, así como su influencia favo-

rable sobre la nutricion, digestion y la secrecion urinaria, estableció Constantin Paul ensayos terapéuticos, hallando que las sales de estroncio son capaces de disminuir la albuminuria en los nefríticos, observacion comprobada tambien por Dujardin Beaumetz.

Ried, relata de la manera siguiente las observaciones hechas en la clínica de Viena.

Fué aplicado el lactato de estroncio, desde luego en polvo, pero por ocasionar en esta forma, náuseas y vómitos se le administró en solucion. De una solucion de 25,0: 150,0 se dieron 3 y 4 cucharadas de sopa por dia.

Las historias médicas refiérense á 12 enfermos del riñon, tratados por las sales. La diuresis aumentada fué siempre un fenómeno consecutivo al uso de las sales de estroncio, principalmente en los hidrópicos. En un caso en que se dió préviamente diuretina pudo comprobarse que ésta habia obrado con mas fuerza, pero suspendido su uso, mantuvo la sal de estroncio la diuresis por tiempo mas largo.

Las cantidades de albúmina de la orina rebajáronse notablemente con la sal de estroncio; de una manera lenta, pero continua, descendió la albúmina en un caso de 17 dias, de 8 ‰ á 1,5 ‰, pero se dieron tambien casos de ineficacia del medicamento.

La indicacion para el uso de las sales de estroncio la dará desde luego los casos de mal de Bright y luego los exudados pleuríticos; se usará también como sustituto del ácido salicílico que empleado largo tiempo puede tener accion deletérea mientras que segun Ried, jamás se produce algo de análogo en el uso de las sales de estroncio.

(*Wiener Klinische Wochenscrift*, núm. 16 y 17, 1894).

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 14

Anales del Círculo Médico Argentino

JULIO 31 DE 1895

La física de los sonidos y soplos del corazon

por el **Dr. Diego T. R. Davison**

Miembro del Departamento Nacional de Higiene

Hace mas de veinte años escribia el Dr. Washe (1) «que la dificultad de desenredar el mecanismo de los sonidos normales del corazon está ampliamente probada, por el hecho que desde el tiempo de Laennec hasta el presente, se han avanzado en su explicacion, treinta y cinco teorias, que difieren mas ó menos completamente, las unas de las otras». Durante estos últimos veinte años el problema ha permanecido aún sin solucion satisfactoria. Me propongo, en el curso de esta conferencia, mencionar unos cuantos experimentos sencillos, que se relacionan con la cuestion, y que parecen derramar mucha luz, no solamente sobre el mecanismo de los sonidos cardíacos, pero tambien sobre el de los soplos cardíacos, y que tienen además la ventaja, debido á su extrema sencillez, de poder ser verificados por todos. Comenzaré por el estudio del segundo sonido. Si despues de extraer el corazon se aplica una fuerte ligadura á la aorta, á corta distancia de las válvulas sigmoideas, y si ahora, despues de abierto el ventrículo izquierdo, se inyecta fuertemente, por medio de una jeringa de goma, una corriente de agua, desde el ventrículo á la aorta, sucede lo siguiente. La aorta se distiende con el líquido, y en la cima de su distencion las válvulas sigmoideas se aproximan y cierran completamente el orificio aórtico, de tal manera que ni una sola gota refluye al ventrículo. Del lado del ventrículo se ven á las válvulas sigmoideas extendidas por el líquido con-

(1) Dr. Wasle: «Diseasis of the Heart», pág. 51.

tenido dentro de la aorta. Las válvulas sigmoideas han sido pues, cerradas por una inyeccion de líquido dirigida con fuerza desde el ventrículo en direccion á la aorta. En este experimento la ligadura de la aorta representa la resistencia ofrecida por la columna de sangre en el ser viviente; la corriente de agua inyectada con fuerza dentro de la aorta representa el contenido del ventrículo que normalmente pasa dentro de este vaso con cada contraccion ventricular; y por último, la jeringa de goma hace la parte del ventrículo. Examinemos ahora el mecanismo del cierre de las válvulas sigmoideas.

Los fisiologistas sostienen que las válvulas sigmoideas (1) «probablemente se cierran casi inmediatamente despues del escape del contenido del ventrículo», y atribuyen este cierre al reflujo producido, por la presion negativa del mero movimiento de la columna de sangre, y por el retorno elástico de la pared arterial. Ahora, en el experimento que acabo de hacer, «la presion negativa del mero movimiento de la columna de sangre», no puede ser un factor del cierre de las válvulas, por la simple razon que la ligadura de la aorta prohibe que tal movimiento tenga lugar. Que el cierre de las válvulas sigmoideas es tambien completamente independiente del retorno elástico de la pared arterial, lo probaré fácilmente con una modificacion del experimento recien efectuado. Habiendo disecado una parte de la aorta juntamente con el borde del ventrículo en la inmediacion del orificio aórtico, cosemos un pedazo de trapo á la pared de la aorta desde el punto de insercion de las extremidades de las válvulas sigmoideas hácia fuera, teniendo cuidado de que la costura se haga de manera que destruya la elasticidad de la arteria, pero que no ocluya su luz; si ahora, despues de aplicar la ligadura á la parte distal de la arteria, se inyecta agua con fuerza del lado ventricular, dentro de la aorta, la arteria se llena de agua, y las válvulas sigmoideas cierran el orificio. Aquí no hay retorno posible de la pared arterial, desde que su distencion se ha prohibido por medio del trapo cosido á su alrededor; sin embargo las válvulas han cerrado el orificio. Tomemos ahora, otra vez, el corazon con el que experimentamos al principio. La aorta está ligada á una distancia del orificio aórtico; en lugar de agua, inyectamos ahora una corriente de aire, dirigida como antes por

(1) «Text. book of physiology» (Foster) pág. 246.

medio de una jeringa de goma, y con fuerza desde el ventrículo hácia la aorta: sucede ahora lo siguiente:—el vaso se dilata algo, y las válvulas sigmoideas no solamente cierran completamente el orificio aórtico, sino que se extienden hácia el ventrículo; aquí, tampoco puede entrar el retorno de la pared arterial como factor en el cierre de las válvulas, desde que no es necesario que la inyeccion de la corriente de aire se haga con mucha fuerza para producir marcada direccion de la arteria, con tal de obtener el efecto deseado.

Es así, pues, que el cierre de las válvulas sigmoideas se puede efectuar irrespectivamente de los reflujos producidos por el retorno de la pared arterial ó por la presion negativa debida al mero movimiento de la columna de sangre. ¿Cómo entonces, se efectúa este cierre? La circunferencia de la aorta al nivel de insercion de las extremidades de las válvulas sigmoideas puede ser dividida para objeto de descripcion, en tres partes iguales, los puntos de division correspondiendo á los puntos de insercion. Si se trazan lineas rectas uniendo á estos puntos de insercion, quedará descrito un triángulo equilátero dentro de la circunferencia de la aorta, los lados del triángulo correspondiente al borde libre de las válvulas sigmoideas. Esto se puede demostrar, si habiendo disecado parte de la aorta justamente con el borde del ventrículo alrededor del orificio, se dilata la arteria de los dos lados del orificio simultáneamente. Entonces se ve, que en el estado dilatado de la arteria, una luz triangular ocupa el centro, y el espacio entre los costados del triángulo y la circunferencia de la arteria queda ocupado por las válvulas sigmoideas. Es de observarse tambien que los bordes de las válvulas en su situacion libre caen abajo en forma cóncava entre sus extremidades, descubriendo así á la pared aórtica, que á este nivel es mas delgado é incluye una luz mayor que al nivel de insercion de las extremidades de las válvulas y mas arriba. Cuando, entonces, se inyecta agua con fuerza desde el ventrículo en direccion á la aorta ligada, la pared de esta arteria se distiende; esta distencion, por sí misma separando de entre sí á las extremidades de insercion de las válvulas, obliga á los bordes de éstas á asumir colectivamente los costados de un triángulo equilateral, el interior del cual forma la luz de la arteria en su orificio, quedando un espacio compuesto de su superficie valvular entre los costados del triángulo y la pared distendida de la arteria.

Ahora, segun la ley de Pascal, la presion que se ejercita sobre un volúmen de líquido, se trasmite sin disminucion en todas direcciones y actúa con la misma fuerza sobre toda superficie igual, y en direccion perpendicular á éstas. Por consiguiente, la misma cantidad de presion líquida que ejercitándose contra la pared de la aorta en direccion perpendicular efectúa su distencion, se ejercitará igualmente en direccion perpendicular contra las superficies valvulares descubiertas que se extienden desde los costados del triángulo hasta la circunferencia de la arteria; esta exposicion de superficie valvular, siendo debida, como se ha dicho, á la distencion de la aorta. La presion líquida sobre esta superficie valvular expuesta traerá, como consecuencia. la extension de las válvulas, y esta extension de las válvulas á su vez, las obliga á adoptar la forma de nido que deben á la concavidad de sus bases de insercion. La presion líquida que se está trasmitiendo igualmente en todas direcciones tiende á separar á estos nidos mas y mas de los senos de Valsalva; este alejamiento de los senos da lugar á que los nidos se aproximen, hasta que al fin se tocan y cierran al orificio. Pero como esta aproximacion de las válvulas es debida á su separacion de la circunferencia de la arteria, y como esta separacion es á su vez debida á la presion líquida que se está ejercitando en todas direcciones por el agua que está entrando á la aorta desde el ventrículo, resulta que el cierre de las válvulas sigmoideas se efectúa únicamente por la inyeccion de agua dentro de la aorta. Es cuando la distencion de la pared aórtica llega á su extremo, que la extension de las válvulas para dentro y para atrás tiene lugar, los dos siendo efectuados por la misma presion líquida. Siendo la extension de las válvulas hácia adentro y hácia atrás efectuada por la columna de agua que entra á la aorta, es claro que esta columna (en su última parte) al penetrar dentro de la aorta cierra el orificio contra sí mismo. Cuando la última gota ha pasado el orificio las válvulas cierran completamente, siendo esta última gota el fin de la columna de agua que directamente produce el cierre de las válvulas. En esa modificacion del experimento, adonde el hecho de coser un trapo á la pared de la arteria á su alrededor, desde el nivel de insercion de las extremidades de las válvulas hácia arriba, prohibe la distencion de la aorta desde su nivel arriba, la inyeccion de líquido, aunque incapaz de distender esta parte de la arteria,

distiende sin embargo la parte debajo, es decir, esa parte inmediatamente detrás de las válvulas, y así separa á estas válvulas de los senos de Valsalva, obligándolas á adoptar la forma de nido y eventualmente á cerrar el orificio. Pero aquí tambien el cierre se efectúa directamente por el líquido inyectado.

El primer experimento ilustra bien lo que actualmente sucede en el corazon del sér viviente. El primer efecto de la contraccion ventricular es separar á las válvulas sigmoideas las unos de las otras; la sangre ventricular penetrando dentro de la aorta efectúa la distencion de esta arteria. Esta distencion, debida á las relaciones anatómicas existentes entre las válvulas y la pared de la aorta, coloca á los nidos valvulares en condiciones favorables para que el mismo líquido penetrante los extienda para dentro y para atrás; esta última extension, cierra el orificio *pari passu* con la penetracion de la última parte de la columna ventricular, la penetracion de la última gota coincidiendo con el cierre completo de las válvulas. Queda pues demostrado que las válvulas sigmoideas son cerradas *directamente* por la contraccion ventricular, antes que pudiera entrar en juego ninguna presión negativa del nuevo movimiento de la columna aórtica, y decididamente antes que pudiera actuar retorno alguno de la pared arterial. La contraccion del ventrículo es pues la causa directa del cierre de las válvulas sigmoideas. Se ha sostenido por algunos que durante la contraccion del ventrículo las válvulas sigmoideas nunca están completamente separadas las unas de las otras, y que ocupan más bien una posicion de semi-oclusion durante ese acto. Si esto fuera un hecho, entonces un soplo acompañaria siempre el sístole del ventrículo, desde que esa posicion ocupada por las válvulas obligaria á ello.

Para que las válvulas sigmoideas cierren así perfectamente el orificio durante la contraccion del ventrículo es necesario que la pared aórtica esté primero plenamente dilatada para poder prestar un apoyo fijo contra el cual la presion líquida pueda sostenerse, mientras que reacciona contra todas partes que no estén fijas, y es así que reacciona contra las válvulas sigmoideas hasta que éstas obtienen una posicion fija en su estado de oclusion. Pero esta plena dilatacion de la pared aórtica no puede tener lugar hasta el fin de la contraccion ventricular, porque la primera y mayor

parte de la columna ventricular se expende parte en impulsar á la columna aórtica directamente hacia adelante, y parte en producir la distencion de la pared aórtica; es solamente la parte última y más corta de la columna ventricular que efectúa la plena distencion de la aorta, cuya extrema distencion, como hemos visto, tiene que tener lugar antes que la presion líquida producida por la contraccion ventricular pueda valerse de las relaciones anatómicas existentes entre la pared aórtica y las válvulas sigmoideas, para comenzar y concluir el cierre de estas válvulas. Las válvulas sigmoideas son completamente apartadas por la penetracion de la columna ventricular dentro de la aorta, y es solamente cuando la última parte de esta columna abandona el ventrículo que las válvulas rápidamente se cierran y ocluyen el orificio aórtico. Siendo tal la causa directa del cierre de las válvulas sigmoideas queda ahora averiguar cuál es la causa directa de las vibraciones sonoras, que producidas en estas válvulas, dan lugar al segundo sonido.

Se cree generalmente que las vibraciones sonoras de las válvulas sigmoideas se producen por el retorno de la elástica pared aórtica. Es fácil demostrar que esta teoría del segundo sonido envuelve una imposibilidad física. Si un pequeño globito elástico como los que sirven de juguete á las criaturas, se distiende algo con agua y despues se ata su orificio, y si ahora se aplica la parte terminal de un estetoscopo biauricular á cualquiera parte de su superficie, y se hace súbita presion sobre el globo, la membrana elástica sabresaldrá con fuerza hacia afuera en el punto de aplicacion del estetoscopo, pero no se producirá ningun sonido. La misma observacion, con el mismo resultado se puede hacer con la vejiga de un novillo; pero en el caso del globo elástico, lo delgado de la pared se aproxima más cerca á la condicion física de las válvulas sigmoideas. El experimento se puede aún hacer con mayor ventaja con un pedazo de intestino delgado de novillo. Si un pedazo fresco de este intestino se distiende algo con agua, y despues de haber ligado á cada una de las dos puntas, se aplica el estetoscopo á cualquiera parte de su superficie; si ahora, se hace presion súbita y con fuerza sobre cualquier parte de este pedazo de intestino, la otra parte se distiende rápidamente y con fuerza, pero ningun sonido es emitido. Queda pues demostrado que una membrana, que

posee más ó menos los mismos caracteres físicos de las válvulas sigmoideas, no emite un sonido cuando un volúmen de líquido contenido dentro de ella la distiende con fuerza. Las válvulas sigmoideas, estando perfectamente cerradas antes que el retorno de la parod aórtica entre á actuar, y por consiguiente, formando durante ese retorno, parte de una membrana que contiene líquido, pueden recibir una segunda distencion debido al volumen de líquido que sea empujado contra ellos por el retorno pero no pueden por medio de esta distencion producir vibraciones sonoras. El retorno de la pared aórtica, no puede por consiguiente hacer que las válvulas sigmoideas emitan un sonido. Por las mismas razones, la presion negativa de la columna aórtica en movimiento no puede ser la causa directa del segundo sonido.

Se podría suponer que el segundo sonido fuera producido por remolinos creados en el orificio aórtico durante la última parte del pasaje de la columna ventricular dentro de la aorta; que estos remolinos pegarian contra la superficie aórtica de las válvulas, y así darian lugar á un sonido. Que esto no sucede es fácil de demostrarse. Si un pedazo de intestino fresco de novillo se llena con agua, y se liga á cada una de sus puntas; si ahora el pico de una jeringa de goma que previamente ha sido llenado con una solucion de permanganato de potasio, se introduce por una de las puntas del intestino, y se vuelve á ligar á éste sobre el pico introducido; si ahora se sostiene el intestino contra la luz, se exprime rápidamente el contenido de la jeringa, se verá que la pared del intestino sobresale para afuera, que la solucion colorida sube directamente para arriba, y que no se producen remolinos en las inmediaciones del orificio del pico de la jeringa. Esta observacion se puede tambien hacer con un globito elástico que sea trasparente. Se podría todavía suponer que el segundo sonido fuera producido por las llamadas « venas fluidas » en el orificio aórtico. Sea cual fuera el carácter de las vibraciones sonoras producidas por estas « venas fluidas », que ellas no constituyen el segundo sonido se puede demostrar, llenando un pedazo de intestino con agua, introduciendo de un lado el pico de una jeringa de goma plenamente llenada con agua, y ligando fuertemente cada uno de los puntos del intestino; si ahora se aplica un estetoscopo biauricular al intestino inmediatamente detrás del orificio del pico y se

comprime rápidamente á la jeringa, no se oye ningun sonido en el punto indicado — en otras palabras, las « venas fluidas », no han producido un sonido. Habiendo así demostrado cómo el segundo sonido no se produce, trataré ahora de demostrar cuál es su causa directa, y al hacer esto relataré un experimento muy sencillo; que ilustra el modo como se producen todos los sonidos y soplos cardiacos.

Tómese un pedazo de intestino delgado de un novillo, y lléneselo con agua; introdúzcase por una de sus extremidades, el pico de una jeringa de goma algo grande, previamente llenada con agua; líguese bien ahora á cada extremidad del intestino. Si ahora se aplica la parte terminal de un estetoscopo biauricular (y uso esta clase de estetoscopo porque deja la mano del experimentador más libre) á cualquiera parte de la superficie intestinal, y se comprime con fuerza la jeringa, no se oye ningun sonido, ó á lo más se oirá un ruido sordo muy débil. Si ahora, el pico de la jeringa, en lugar de ocupar el eje del intestino, cambia de posicion, de tal manera que la columna de agua que emite pegue contra la superficie intestinal directamente en cualquier ángulo, los fenómenos acústicos cambian por completo.

Si el estetoscopo se aplica cerca del orificio del pico, de manera que la columna de agua que sale del pico le pegue en cualquier ángulo, ó pegue á cualquier parte de la superficie intestinal entre èl y el orificio del pico, los siguientes fenómenos acústicos se producen, segun la fuerza y rapidez con que se comprima la jeringa de goma. Si se comprime la jeringa con rapidez y con alguna fuerza, se produce un sonido distinto y de tono elevado; si la compresion se efectúa con mucha fuerza, y con mucha rapidez, entonces se oye un sonido fuerte, pero de la misma altura que el anterior. Si la compresion se efectúa despacio un soplo suave se produce; si la compresion se hace un poco más ligero y con un poco más de fuerza, entonces se oye un soplo áspero. Las mismas observaciones se pueden hacer con un globito elástico. Si en lugar del intestino delgado, el experimento se hace con una aorta de pared espesa como la del novillo, los mismos fenómenos acústicos se producen, con la excepcion de que el sonido emitido ahora es más bajo que el producido en el caso del intestino de pared delgada. Es por consiguiente una ley física, que cuando una membrana que contiene un

líquido, recibe sobre su superficie interna una corriente líquida que golpea contra ella, en cualquier ángulo, esta membrana producirá vibraciones sonoras, estas vibraciones traduciránse por un sonido cuando la corriente golpea con rapidez y fuerza, cuyo tono dependerá de la delgadez relativa de la membrana (lo más delgado que sea. la membrana lo más alto será el sonido), y la intensidad del sonido dependerá de la fuerza con que la corriente es emitida; las vibraciones producen un soplo suave cuando la corriente golpea con poca rapidez y fuerza, y un soplo áspero cuando esta rapidez y fuerza se aumentan algo. Estos son principios cuya verdad puede ser verificada por todos, desde que los elementos con que estas observaciones se han hecho están al alcance de todo el mundo. Ahora viene la cuestion, si las condiciones que en el experimento dieron lugar respectivamente á la creacion de sonidos y soplos de diferente carácter, están presentes en el corazon normal y patológico. Se verá que la respuesta está en la afirmativa.

Se ha visto que durante la primera parte del sístole ventricular el orificio aórtico permanece perfectamente patente, y que es solamente durante la última parte de la contraccion, despues que la aorta ha sido plenamente dilatada, que las válvulas sigmoideas, debido á las relaciones anatómicas ya descritas, súbitamente cierran y ocluyen el orificio; ahora esta oclusion súbita de las válvulas, teniendo lugar al tiempo en que una corriente de agua está pasando desde el ventrículo á la aorta, obliga á esta corriente á golpearse contra la superficie ventricular de estas válvulas; esta corriente siendo producida súbitamente por la rápida contraccion del ventrículo, las válvulas sigmoideas siendo constituidas por una membrana delgada. Aquí están todas las condiciones presentes que son necesarias para la produccion de un sonido de alta tonalidad exactamente iguales á esos que estaban presentes en el experimento con la jeringa de goma y el intestino delgado, y en verdad los dos sonidos resultan ser muy similares. Hay por consiguiente, bastante base para deducir que el segundo sonido cardíaco es directamente producido por la última parte de la contraccion ventricular debido á que las válvulas sigmoideas sostienen vibraciones sonoras que son producidas por la última parte de la corriente ventricular que golpea contra la superficie ventricular de estas válvulas, en el acto de su cierre.

El grado de intensidad del segundo sonido depende únicamente en el grado de hipertrofia del ventrículo respectivo; la tonalidad de este sonido depende de la delgadez relativa de las válvulas sigmoideas. Cuando estas válvulas son normales, la tonalidad del sonido será alta, pero cuando estas válvulas se ponen espesas debido á inflamacion, la tonalidad bajará.

La presencia de una aneurisma por sí misma, no puede producir una acentuacion real del segundo sonido; si la aneurisma se adelanta para fuera, entonces habria una acentuacion aparente del segundo sonido, por la sencilla razon que entonces el medio acústico es mas favorable que en lo normal para la prolongacion del sonido ordinario al oido. De igual manera la alta tension de cada una de las circulaciones, por sí mismo, no puede intensificar el segundo sonido. En estas condiciones el segundo sonido será acentuado únicamente cuando la alta tension sanguínea ha producido la hipertrofia del respectivo ventrículo. Estas son deducciones lógicas de fenómenos físicos averiguados, que hacen más certero el diagnóstico físico de las condiciones de los músculos ventriculares y de las válvulas sigmoideas.

Ahora pasaremos al exámen de soplos producidos en el orificio aórtico. Se ha supuesto que soplos eran producidos por «venas fluidas», crecidas durante al pasaje de una corriente que procedia de un orificio angosto y estrecho en un canal mas ancho. En el experimento descrito arriba, cuando una jeringa de goma llenada con agua tenia su pico introducido dentro de un pedazo de intestino tambien lleno de agua, y cuyas extremidades quedaban fuertemente ligadas, mientras que el pico de la jeringa se mantenga en el eje del intestino, por mas que se comprima á la jeringa, el estetoscopo no revela ningun soplo distinto en ninguna parte de la superficie intestinal. Sin embargo, en este experimento adonde una corriente liquida pasa desde un orificio relativamente angosto á un canal relativamente ancho, existen todas las condiciones que se han creido necesarias para la produccion de un soplo. El soplo cardíaco se produce de otra manera. Como ya se ha descrito, si el pico de la jeringa cambia de posicion de manera que la corriente que emita golpee contra la superficie intestinal, directamente ó en cualquier ángulo, un sonido de alta tonalidad se oye cuando la jeringa es comprimida con fuerza y rapidez, pero que inmediatamente cambia en un soplo si la compre-

sion se hace con disminuida rapidez. Queda demostrado, pues, como un hecho físico, que cuando una corriente líquida golpea lentamente contra una membrana, esta membrana sostendrá vibraciones sonoras que impartian al oído la sensacion de un soplo. Se sabe que estenosis del orificio aórtico producen un soplo que se describe como soplo sistólico á la base. ¿Cómo se produce este soplo? El estrechamiento del orificio aórtico prohibe que el ventrículo izquierdo se evacue con rapidez porque la columna ventricular requiere mas tiempo para pasar por un orificio angosto que por un orificio patente. Despues, en estenosis hay una superficie de membrana que desde el comienzo de la contraccion ventricular está situada de tal manera que contra ella tiene que golpear parte de la corriente ventricular en el acto de pasar el orificio estrechado. Aquí, pues, tenemos los dos elementos necesarios para la produccion de un soplo; una corriente líquida prolongada, y una membrana contra la cual se golpea. Si la corriente prolongada sale con mucha fuerza entonces el soplo será áspero; si con menos fuerza, el soplo será suave.

Si una aneurisma con paredes que han perdido toda elasticidad está situada inmediatamente pasando el orificio aórtico, un soplo podria ocurrir durante la contraccion del ventrículo, no porque una corriente líquida pase por un orificio relativamente angosto á un canal relativamente ancho, pero porque la falta de distensibilidad de la pared aneurismal viene á ser una obstruccion á la rápida evacuacion del ventrículo, y es una obstruccion porque, mientras normalmente una gran parte de la columna ventricular va á dilatar la primera parte de la aorta, cuando esta aorta, debido á una aneurisma cuyas paredes han perdido toda elasticidad, no se puede distender, entonces la columna ventricular tiene que progresar solamente en una direccion para adelante, lo que implica mayor tiempo en la evacuacion del ventrículo. Además, debido á la falta de distensibilidad de la pared aneurismal, la presion líquida producida por la columna ventricular que penetra dentro de la aorta, tendrá desde el principio un apoyo fijo contra el cual se puede sostener mientras que reacciona contra las válvulas sigmoideas que no están fijas, separando á éstas de la pared aórtica y tendiendo á cerrarlas. Bajo estas condiciones las válvulas sigmoideas estarán parcialmente cerradas durante la mayor parte de la contraccion

ventricular. Aquí, tenemos, entonces, los dos elementos necesarios para la produccion de un soplo—una corriente ventricular prolongada, y la superficie sigmoidea membranosa contra la cual esta corriente golpeará. Se verá tambien, que un idéntico soplo tiene que producirse, aun en la ausencia de una aneurisma con paredes destituidas de elasticidad, en el local indicado, siempre que las paredes de la aorta por enfermedad hayan perdido toda elasticidad, y en esta condicion el soplo tiene que producirse, aunque las válvulas sigmoideas se encontrasen perfectamente sanas.

Si las válvulas sigmoideas están completamente destruidas, y el borde aórtico no sobresale hacia adentro para formar una membrana, entonces la contraccion ventricular no puede producir ni un sonido ni un soplo, porque uno de los elementos necesarios para la produccion ya sea de un sonido ó de un soplo falta, es decir, una membrana contra la cual la corriente líquida puede golpear.

Se ha visto que el retorno de la pared aórtica no puede producir vibraciones sonoras en las válvulas sigmoideas, que se traduzcan en un sonido porque una membrana que contiene una cantidad de líquido no produce esas vibraciones sonoras cuando su extension se efectúa por el mismo líquido. Sin embargo, si las válvulas sigmoideas son insuficientes, entonces el retorno de la pared aórtica dará lugar á la produccion de una corriente de líquido que refluirá dentro del ventrículo.

Aquí, están otra vez, los dos elementos necesarios para la produccion de un sonido ó de un soplo, á saber, una corriente de líquido, y la superficie membranosa aórtica de las válvulas sigmoideas contra la cual esta corriente golpeará en el acto de pasar el orificio aórtico, y como esta corriente será relativamente despacio, resultará un soplo y no un sonido. El soplo se oirá mejor cerca de su punto de produccion.

Si las válvulas sigmoideas se encuentran completamente destruidas un soplo ventricular diastólico se oirá aun. ¿Cómo se produce este soplo? Habiendo ligado firmemente la aorta de un corazon extraido; habiendo despues cortado la mayor parte de la aurícula izquierda, y sacado la válvula mitral, se derrama agua dentro del ventrículo por el orificio mitral. Quedan entonces expuestos el ventrículo izquierdo lleno de agua y el orificio mitral. Ahora, introducido dentro del ventrículo, por el orificio mitral, el pico de una jeringa de goma

previamente llenada con agua, y apretando la jeringa, el estetoscopo aplicado á la parte externa del ventrículo, revelará un soplo, siempre que la corriente procedente del pico haya golpeado á la parte interna del ventrículo en la inmediacion de donde se habia aplicado el estetoscopo. Queda así demostrado que una membrana muscular, puede producir vibraciones sonoras, que se traducirán en un soplo, cuando una corriente de líquido golpea contra su faz interna. Esta es la explicacion del soplo diastólico que se oye en insuficiencia aórtica, aun despues de la completa destruccion de las válvulas sigmoideas; la corriente del líquido que refluye, golpea contra la superficie interna de la pared ventricular y la hace producir vibraciones sonoras; el soplo aquí se oye mejor mas abajo de las válvulas sigmoideas, porque es ahí donde tiene su orígen.

Procedamos ahora á examinar el modo de produccion del primer sonido. El orígen muscular de este sonido se puede fácilmente desechar, no solamente, porque se ha demostrado teóricamente, que una contraccion muscular cardíaca no puede dar lugar á un sonido, debido á la ausencia de carácter tetánico, pero si se aplica el estetoscopo al biceps de un hombre, y se hace contraer poderosamente á este músculo, no se oye ningun sonido que se asemeje al primer sonido del corazon, no obstante que en este experimento las condiciones acústicas son mucho más favorables para la audicion de un sonido, si una contraccion muscular que no fuera de carácter tetánico lo pudiera producir.

Si se liga la aorta de un corazon que ha sido extraído y la aurícula izquìerda y se saca ó se abre de manera de exponer á la vista la superficie auricular del orificio mitral; y si ahora el contenido líquido de una jeringa de goma se inyecta con fuerza dentro del ventrículo desde el lado auricular del orificio mitral, resulta lo siguiente:—el ventrículo se distiende con líquido, y en su estado de distención la válvula mitral cierra y ocluye el orificio mitral. Este es el experimento que hace años fué hecho por Baumgartem. El mismo resultado se obtiene si se modifica el experimento usando aire en lugar de líquido. Como en el caso de las válulas sigmoideas, son aquí también las relaciones anatómicas que existen entre la válvula mitral y la superficie interna del ventrículo, las que obligan á esta válvula á cerrar completamente el orificio mitral en diástole del ventrículo, cuando una

fuerte corriente de líquido ó de aire ha producido la distencion de esta cavidad. Las hojas valvulares están insertadas de tal manera entre el anillo fibroso del orificio y las columnas carnosas, que cuando el ventrículo se distiende, queda un espacio libre entre cada hoja y la pared ventricular. Cuando el líquido produce la distencion de la cavidad ventricular hace presion igual en todas direcciones. Colocado entre la pared ventricular y las hojas valvulares, propenderá á separarlas, y en eso, empujara á la pared ventricular para afuera, y á las válvulas mitrales para adentro y para atrás. Pero el líquido que está ejerciendo esta presion es introducido por el orificio mitral. Llegará un momento entonces, cuando la presión dentro del ventrículo igualara á la que se está ejerciendo en el orificio mitral, y cuando llegue ese momento, la válvula que se estaba cerrando se habrá cerrado del todo. Esta válvula no ha cerrado, sin embargo, debido á reaccion alguna de la pared ventricular; ha cerrado únicamente porque la presion liquida se ejercia detrás de las hojas valvulares, y esta presion líquida era directamente introducida por el orificio mitral, la perfecta oclusion de la válvula coincidiendo, y siendo el resultado de la última gota de líquido que penetraba al ventrículo. Sustituyendo á la jeringa de goma por la aurícula izquierda se ve cómo la válvula mitral es cerrada directamente por la contraccion auricular; y es importante notar que esta oclusion solamente puede tener lugar á la parte final de la contraccion, pues la primera y mayor parte de la contraccion auricular se ocupa en producir la distencion del ventrículo, — distencion que tiene que efectuarse primero para que las relaciones anatómicas de la válvula coloquen á ésta en condiciones favorables para ser rápida y completamente cerrada. Ahora, aplicando los principios de produccion de sonidos y soplos por medio de corrientes de líquido que golpean contra una membrana, se puede estudiar la naturaleza de los sonidos y soplos que se originan en el orificio mitral.

Durante la contraccion auricular una corriente de líquido pasa lijero por el orificio mitral y penetra dentro del ventrículo, pero hacia el fin de la contraccion la válvula mitral súbitamente se opone al orificio, y recibe la corriente de frente, y como esta corriente pasa rápidamente y con fuerza la válvula produce vibraciones sonoras, que se traducen en

un sonido. El primer sonido viene pues á ser el resultado directo de la contraccion auricular. Su intensidad dependerá de la fuerza relativa de la contraccion; su tonalidad dependerá de la condicion física de las válvulas, siendo más bajo cuanto más espesas sean las membranas.

Aquí se notará inmediatamente que una dificultad surge con esta interpretacion del primer sonido. Hemos estado acostumbrados á considerar al impulso cardíaco como debido á la contraccion ventricular, y al primer sonido como sinchronico con el impulso. No es mi propósito alejarme del tema principal de esta conferencia, y discutiendo la causa del impulso cardíaco; basta decir que esta cuestion no está resuelta todavía. Por mi parte, yo opino que el impulso es debido á la contraccion auricular, la cual produciendo la distencion del ventrículo, lo empuja contra la pared torácica; y en prueba de esto, yo he notado en algunas ocasiones, que aplicando un dedo sobre la punta del corazon, y otro sobre el pulso carótido, que el impulso cardíaco distintamente precede á este pulso. Dejando á un lado al impulso cardíaco, cuyo origen no está todavía resuelto, tomaré al pulso carótido como un signo más seguro para marcar el tiempo de los sonidos y soplos del corazon; pero aún así la dificultad no desaparece del todo. Si el primer sonido es producido por la contraccion auricular, se esperaría naturalmente que este sonido precediera al pulso carótido, que es á su vez el resultado de la contraccion ventrícula. Usando los métodos ordinarios de observacion diaria, efectivamente el primer sonido en muchos casos parece ser sinchronico con el pulso carótido. Hay casos, sin embargo, en que el primer sonido distintamente precede al pulso carótido. Hay que fijarse que el primer sonido se produce únicamente al fin de la contraccion auricular; luego inmediatamente sigue la contraccion ventrícula; y sabemos con qué rapidez se trasmite la onda del pulso llegando á la arteria carótida mucho antes que la contraccion ventricular haya concluido. El pulso carótido sigue pues inmediatamente despues del primer sonido, tan inmediato, que en muchos casos, parece á nuestros métodos ordinarios de observacion, ser sinchrónico con él, aunque en el hecho esto no sucede.

Volviendo ahora al exámen de soplos producidos en el orificio mitral, hemos visto cómo una corriente súbita, golpean-

do contra la válvula mitral dá lugar á un sonido. Si la rapidez de esta corriente se puede disminuir suficientemente, de manera que en lugar de ser repentina, sea algo prolongada, entonces segun los principios acústicos que venimos enunciando, el sonido será cambiado por un soplo. Esta disminucion en la rapidez de la corriente tendrá lugar cuando el músculo auricular esté mal nutrido y fatigado, mientras que el volúmen de la sangre circulante no disminuye en cantidad, y éste es el orígen de los llamados soplos inorgánicos que existen en chlorosis y en fiebres. Estos soplos, siendo debidos á la corriente auricular algo demorada golpeando por un tiempo más que lo normal contra las válvulas mitrales, precederán al pulso carótido, pero por las razones arriba aducidas, en muchos casos parecerán ser sinchrónicos con él. Estos soplos, pueden igualmente ser producidos en los orificios de la base, pero desde que los músculos ventriculares son más poderosos que los auriculares, y por consiguiente menos propensos á fatigarse, serán menos frecuentes ahí que en los otros orificios. En estenosis mitral el estrechamiento del orificio prohibe á la auricula contraerse rápidamente, y así la obliga á demorarse en evacuar su contenido en el ventriculo; por consiguiente la rapidez de la corriente auricular disminuirá y el primer sonido será reemplazado por un soplo Este soplo será áspero de carácter si la auricula está muy hipertrofiada, de manera que la corriente, pasando por el orificio mitral, golpea con fuerza contra la membrana formada al borde del orificio. Este soplo, conocido como el presistólico mitral, generalmente concluye en un sonido. Esto puede ser imitado en el experimento con el intestino y la jeringa de goma. Si se comprime á la jeringa con alguna fuerza se obtiene en lugar de un soplo suave, un soplo áspero. Si hacia el fin de la compresion se imparte á esta fuerza mayor y más rápida, entonces se oye un soplo áspero que concluye en un sonido. En estenosis mitral, con hipertrofia de la auricula la contraccion será al principio poderosa, pero despacio; pero hácia el fin de la contraccion, cuando la auricula está casi evacuada, ésta teniendo ahora solamente una pequeña cantidad de sangre que le resta inyectar dentro del ventriculo, podrá inyectarlo con mayor rapidez, la corriente en su última parte será muy rápida, y así el soplo áspero concluirá en un

sonido. El mismo fenómeno, se puede observar algunas veces con el ventrículo, cuando existe estenosis aórtica.

En algunos casos de estenosis mitral el sonido no está acompañado por el soplo, sino bajo condiciones especiales. Por ejemplo, si la estenosis no es muy marcada, y la hipertrofia de la aurícula está bien establecida, entonces es posible que el soplo presistólico esté ausente cuando el paciente esté parado, y solamente vuelva cuando el paciente esté recostado. Cuando el paciente está levantado el corazon trabaja con mayor actividad que cuando esta reclinado; por eso en la primera posicion la contraccion puede producir una suficiente rapidez en la corriente para dar lugar á un sonido, mientras que en la segunda la disminuida actividad de la aurícula puede prolongar la contraccion al grado necesario para la produccion de un soplo. De la misma manera se explica la desaparicion frecuente de los soplos inorgánicos en chlorosis cuando el paciente está levantado, y su reaparicion cuando él asume la posicion horizontal. Hay otros soplos cardíacos que solamente se oyen en la posicion horizontal, es decir, que solamente se oyen cuando los músculos respectivos cuyas contracciones son la causa directa de los soplos actúan con mayor reposo y así prolongan la duracion de las corrientes que golpean contra las membranas. Suele algunas veces suceder, que un soplo presistólico se oye solamente cuando el paciente camina ligero. En este caso, cuando el paciente descansa, la aurícula hipertrofiada está habilitada para evacuarse con suficiente rapidez para producir únicamente un sonido, pero cuando el paciente camina ligero la circulacion aumenta en actividad, y como resultado, la sangre se acumula detrás del orificio donde existe la estenosis, es decir, se acumula en la aurícula izquierda, y ahora esta aurícula estando demasiado llena, no puede evacuarse, á pesar de su hipertrofia con la misma rapidez de antes; por consiguiente la duracion de la corriente se prolonga, y entonces se oye un soplo, que como se ha dicho ya, puede tambien terminar en un sonido La misma explicacion demuestra por que suelen aparecer y desaparecer, á lo menos todos los soplos debidos á estenosis, despues de ejercicio y despues de descanso. El soplo suave que á menudo precede al soplo áspero presistólico en estenosis mitral es producido por la corriente despacio y prolongada, que entrando á la aurícula por las venas pulmonares, con-

tinúa pasando hasta el ventrículo, golpeando en su pasaje contra la membrana en el orificio de la estenosis, antes que el aurículo haya comenzado su contraccion. Si la válvula mitral está completamente destruida, y no existe estenosis en el orificio, entonces solamente que la aurícula esté hipertrofiada en alto grado, su contraccion no será acompañada ni por sonido ni por soplo.

Sin embargo, si en esta condicion existe mucha hipertrofia de la aurícula, un sonido de baja tonalidad podrá posiblemente ser oído, pero este sonido no será debido á vibraciones sonoras de válvula alguna. Si se liga la arteria pulmonar del corazon de un novi lo, y habiendo abierto la aurícula derecha y removido á la válvula tricúspida, se llena al ventrículo derecho con agua, y si ahora, introduciendo dentro del ventrículo el pico de una jeringa de goma préviamente llenada con agua, se comprime la jeringa, de manera que la corriente que salga del pico golpea contra la faz interna del ventrículo, un estetoscopo aplicado á la superficie externa del ventrículo y cerca del local adonde golpea la corriente de agua, revelará ún soplo; si la compresion se hace con fuerza y rapidez el soplo se convertirá en sonido. Se ve, pues, que cuando una membrana muscular recibe en su faz interna una corriente que ha sido inyectada con fuerza, esta membrana puede sostener vibraciones sonoras que se traducen en un sonido. Este experimento no se puede efectuar con un corazón pequeño como el de oveja, porque la fuerza que es necesario emplear para inyectar el líquido hace que ésta se desborde del ventrículo; pero se puede obtener el sonido cuando se experimenta con el corazon derecho de un novillo. Se podría preguntar, por qué es que la aurícula izquierda no produce normalmente un sonido, cuando su corriente penetra dentro del ventrículo.

Es porque cuando comienza la contraccion auricular el ventrículo ya está hasta cierto punto lleno de sangre, y por consiguiente la corriente auricular debida á la contraccion no golpeara directamente contra la membrana muscular, pero contra el líquido contenido ya dentro del ventrículo, condiciones que no son suficientes para producir un sonido.

Sin embargo, si la aurícula ha sufrido una gran hipertrofia, entonces su corriente, durante la contraccion puede forzarse á través del líquido contenido en el ventrículo, y producir un

sonido. Este modo de producir de un sonido, será posible, pero debe ser muy raro, porque en esos casos de gran hipertrofia adonde pudiéramos buscar á este sonido, el ventrículo tambien está muy engrandecido, y contendrá mucha sangre antes que comience la contraccion auricular, y por consiguiente su pared debe de estar relativamente mas separada del orificio mitral en el momento cuando la poderosa corriente auricular penetra dentro del ventrículo.

Por último, vengo á la consideracion del soplo de reflujo producido en el orificio mitral — el soplo sistólico mitral El hecho que este soplo puede existir sin estenosis alguna del orificio, aórtico pudiera á primera vista aparecer que destruyese la verdad de los principios acústicos que he enunciado. Se podría argumentar que en la ausencia de estenosis aórtica, la contraccion ventricular, siendo rápida, no podria dar lugar á un soplo en el orificio mitral; pues aunque la membrana contra la cual la corriente mitral de reflujo golpearia está presente, sin embargo siendo la contraccion ventricular rápida, las condiciones existentes favorecerian la produccion de un sonido y no la de un soplo. Pero hay que recordarse que la primera parte de la contraccion ventricular no está acompañada por un sonido en el orificio aórtico, y es solamente en su última parte que las válvulas sigmoideas se oponen al orificio, y en este acto reciben el golpe de la columna que está penetrando en la aorta.

Es así que la fuerte corriente ventricular solamente golpea un instante á la superficie de las válvulas sigmoideas. En insuficiencia mitral la corriente ventricular está golpeando contra los restos de la membrana mitral durante toda la contraccion ventricular; es pues una corriente relativamente prolongada que golpea contra una membrana, y de ahí la produccion de un soplo.

Con respecto al orígen de soplos arteriales, los mismos principios acústicos los explican. Si se aplica el estetóscopo á una arteria, parte de la membrana arterial se introduce dentro de la luz del vaso, y así presenta una membrana á una corriente de la sangre algo prolongada. En insuficiencia aórtica el soplo diastólico que se oye sobre la arteria femoral se produce de la misma manera. Es de notar que estos soplos arteriales requieren cierta fuerza en la corriente para producirlos, pues solo se oyen durante la pulsacion y su

reflujo (en insuficiencia aórtica). En los intervalos no se oye porque la corriente no tiene fuerza suficiente para producir vibraciones sonoras, con membranas espesas como las de las arterias. Pero con la membrana más delicada de las venas se puede oir un soplo continuo como sucede en el caso del «bruit de diable».

En conclusion, para evitar confusion, he omitido la descripcion de las combinaciones de soplos y sonidos que pueden oirse en ambos orificios. Si los sonidos y soplos del corazon han de ser explicados por los principios acústicos que he mencionado, entonces pudiera ser que fuera conveniente nombrarlos segun su modo de produccion y local en que se producen. Así, el primer sonido seria el sonido auricular, y el segundo el ventricular. Soplos originados en el orificio mitral y debidos á contraccion auricular serian soplos auricular sistólicos — estos serian prácticamente sinchronicos con el pulso carótido, cuando fueren de carácter inorgánico, es decir, cuando simplemente reemplacen al sonido auricular por fatiga del músculo auricular; pero precederán al pulso cándido cuando fuesen de carácter orgánico, es decir, cuando son debidos á marcada demora de la contraccion auricular debido á estrechez del orificio mitral. Soplos originados en el orificio mitral, debido á contraccion ventricular, serian soplos sistólicos ventriculares, y son sinchronicos con el pulso carótido. Soplos sistólicos ventriculares aórticos serian producidos en el orificio aórtico por contraccion ventricular; cuando son debidos á estrechez del orificio aórtico serán sinchronicos con el pulso carótido, y se prolongarán un tiempo despues; cuando son inorgánicos, es decir, debidos á simple fatiga del músculo ventricular, tendrán lugar despues del pulso carótido; cuando son debidos á condiciones indistensibles de la pared aórtica sucederán inmediatamente al pulso carótido. Soplos sistólicos aórticos (aórtico de reflujo) serian producidos por contraccion de la aorta y vendrian despues del pulso carótido.

SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA

SESION DEL 19 DE JULIO DE 1895

TONSITOLOTOMIA GALVANO - CÁUSTICA

Dr. Garibaldi Monaco.—Son conocidos los perjuicios que determina la hipertrofia de las amígdalas, produciendo faringitis, rinitis, otitis, abcesos del cuello, deteniendo el desarrollo del tórax y de todo el organismo de los niños, favoreciendo segun parece, la infeccion diftérica y siendo á veces la puerta de entrada de la tuberculosis. Parece aún que la misma hipertrofia es, en ciertas ocasiones, una forma de tuberculosis larvada, y esta afirmacion ha sido confirmada por los experimentos recientes de *Dieulafoy* quien, inyectando á los chanchitos de la India pedacitos de amígdalas hipertróficas, vió desarrollarse la tuberculosis en 13 % de ellos.

Pasa en revista el orador los diversos medios de destruir los amígdalas usados desde *Celso* hasta nuestros dias, estudiando las ventajas é inconvenientes de los procedimientos más comunes en la actualidad: amígdalótomo y bisturí.

Insiste sobre todo, en el peligro y la gravedad de la hemorragia. Recuerda que, salvo raras anomalías, la arteria carótida no está en relacion inmediata y directa con la amígdala y que, por consiguiente, sólo puede ser herida por imprudencia ó ignorancia. Mucho más comunmente, las arterias palatina ascendente y tonsilar (ramas de la maxilar externa) se desarrollan considerablemente para compensar un defecto de desarrollo de la maxilar interna. Además, la arteria tonsilar al penetrar en la amígdala, tiene relaciones tan íntimas con la cápsula fibrosa de ésta que, como lo ha hecho notar *Zuckerkandl*, si es cortada en ese punto no puede retraerse convenientemente. En otras ocasiones, las hemorragias son debidas á causas generales.

Estudia luego los procedimientos aconsejados para impedir ó detener la hemorragia y concluye en la poca utilidad práctica de todos ellos. Es en razon de estas deficiencias que ha creido preferible el empleo del galvano cauterio para la seccion de la amígdala, teniendo en cuenta sobre todo que el em-

pleo de los acumuladores ha permitido dar á la corriente una intensidad constante; encuentra pues justificada la práctica de numerosos cirujanos americanos y alemanes que usan sobre todo el galvano cauterio, y especialmente de *Lichwitz*, que ha practicado más de 400 amigdolotomías sin una sola hemorragia.

Pero el asa galvano-cáustica tiene varios inconvenientes serios, principalmente la dificultad de circundar bien la amígdala en individuos poco dóciles, el peligro de cauterizar otras regiones por movimientos bruscos y el de que seccionada la amígdala, el pedazo cortado caiga en la faringe ó la laringe. Unáse á todo esto la pérdida de tiempo que el adaptar bien el asa ocasiona.

Para subsanar estos defectos, el Dr. Garibaldi Monaco ha hecho construir un aparato que considera sumamente ventajoso. Consiste en una especie de tonsilótomo con su anillo y tenedor, que tiene en vez de cuchillo una asa galvano-cáustica en comunicacion con un acumulador de Bottini. La operacion en estas condiciones se realiza tan fácilmente como con el amigdalótomo, con la misma rapidez (cinco segundos bastan generalmente) y sin peligro alguno de hemorragia.

La bradicardia en la ictericia por retencion

Dr. Julio Mendez.—Desde largo tiempo conocida esta forma de bradicardia en la patología médica, su patogenia no ha sido sin embargo demostrada por las observaciones clínicas.

Se ha probado que algunas de las teorías sostenidas son erróneas y otras esperan aún la sancion de la clínica.

La literatura al respecto es escasa. Los autores encuentran la bradicardia mas ó menos frecuentemente en la ictericia, y la atribuyen á la accion de la bilis sobre los nervios ó ganglios cardíacos. El trabajo más reciente de *Weitrand* la atribuye á una irritacion central del pneumogástrico, de donde deduce una bradicardia extracardíaca.

La presente comunicacion se basa en cinco observaciones de ictericia con bradicardia, en las que se ha experimentado el método de *Dehio*, que consiste como se sabe en los efectos paralizantes de la inyeccion de atropina sobre las terminaciones cardiacas del neumogástrico y produce en consecuencia el

aceleramiento de los latidos del corazon, tanto en el hombre sano como en el enfermo, cuando la bradicardia es refleja.

De aquí que dicho autor haya dividido la bradicardia en extra é intracardiaca.

Esta division habia sido ya propuesta por nosotros en la tésis de *Cabrera* y es hoy generalmente aceptada.

Las observaciones son las siguientes: la 1ª, *ictericia catarral* en un hombre de 24 años, con *bradicardia y temperatura subnormal.* La atropina inyectada provoca una variacion en el pulso de 60 á 96 á los 18 minutos que permancce hasta los 60.

Observacion 2ª. Ictericia por retencion: cálculos hepáticos. (Bradicardia. Reumatismo crónico deformante)—Hombre de 55 años. La inyeccion apenas hace variar de 36 á 42 el pulso, en pocos minutos. La segunda inyeccion produce una frecuencia de 40 á 60.

Observacion 3ª. Ictericia por retencion. Bradicardia Arterio esclerosis. Prurito.—Hombre de 74 años. La atropina produce una variacion de 51 á 60 y en otra de 48 á 76.

Observacion 4ª. Ictericia catarral crónica. Bradicardia temporaria. Hipertrofia hepática. Prurito—Hombre de 36 años. Variación por la atropina de 48 á 60 pulsaciones.

Observacion 5ª. Ictericia por retencion. Hipertrofia hepática y esplénica. Dilatacion cardíaca leve. Bradicardia -Hombre de 41 años. La atropina hace variar de 50 á 60 y en otra inyeccion de 56 á 66 pulsaciones.

El número de pulsaciones en el período bradicárdico ha sido casi igual para cada uno de ellos, marcándose en las curvas por una línea casi horizontal.

La frecuencia varia entre 46.50 y 50.60.

La vuelta á la normal se verifica un ascenso de 10 á 20 pulsaciones, siendo más brusca cuanto más joven es el sujeto.

El pulso en todas las observaciones ha sido *igual, regular, no depresible, raro.* El trazado esfigmográfico no presenta ninguna particularidad.

La temperatura ha oscilado irregular, sin coincidencia alguna con la bradicardia ni con el ascenso del pulso.

En los tres casos de ictericia crónica el pulso ha permanecido raro durante toda la evolución.

La vuelta á la normal coincidió en un caso con la desaparicion de los pigmentos biliares de la orina. En otro, la bra-

dicardia persistió 14 dias despues de la desaparicion de pigmentos en la piel, en la orina, etc.

En otro caso *la mayor frecuencia del pulso ha coincidido con la ausencia temporaria de pigmentos biliares en la orina y la reaparicion de éstos últimos ha disminuido de nuevo su frecuencia*; hecho digno de notarse por el alto interés patogénico que encierra.

En general, las variaciones obtenidas por el efecto de la atropina han sido de 10 á 30 pulsaciones como *máximum*, habiendo sido en el primer caso la más acentuada y pudiéndose atribuirlo á la menor edad del sujeto ó por encontrarse en el último dia de la bradicardia.

La variabilidad del pulso obtenido no sobrepasa los límites del fenómeno fisiológico.

En este último, segun las observaciones propias del autor y de *Dehio*, los efectos de la atropina provocan una frecuencia de 120 á 140.

De allí que por la manera de comportarse ante la atropina los casos observados, se deduzca que la *bradicardia en la ictericia por retencion - aguda ó crónica sea de orígen intracardiaco.* En cuanto á su patogenia íntima, es posible llegar á explicarlo, si se tiene en cuenta las ideas del autor publicadas en la tésis de *Cabrera* y aún más determinadas despues en la tésis de *Darquier*.

Teniendo en cuenta solo la bradicardia intracardiaca, se debe en ellos el primer rol á la alteracion de la circulacion intracardiaca, cuyo tipo más puro lo representa la estrechez de las coronarias.

De allí un primer grupo constituido por disminucion en *cantidad* de sangre nutricia; con motivo de la bradicardia en la ictericia se puede constituir un segundo grupo y es el consecutivo á alteraciones en la *cualidad* de la sangre.

Establecida esta segunda division, es fácil referir á ella todas las bradicardias que tengan puntos de contacto con la que nos ocupa, y así se puede modificar desde ya el concepto del autor sobre la patogenia de la *bradicardia en la convalecencia.* la que siendo tambien de orígen intracardiaco fué atribuido por él á una miocarditis, mientras que hoy gracias al estudio de la actual se le considera como consecutiva á una alteracion de la calidad de la sangre.

BIBLIOGRAFIA

Perturbacion de la inteligencia y de los sentidos por Dr. *Manuel Mujica Farias.* Tésis inaugural IV. in 8º, 86 pág. Buenos Aires, 1895.

Este es el tema desarrollado en un interesante trabajo, presentado á la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, por el señor Manuel Mujica Farias, para optar al grado de doctor en jurisprudencia. Es un estudio original en el que el jóven autor, bien preparado en la materia ha sabido abordar con éxito cuestiones doblemente interesantes, bajo el punto de vista médico y del derecho, dándoles la importancia que merecen y demostrando la utilidad de su conocimiento perfecto, por aquellos que están llamado á administrar justicia.

Despues de una introduccion bien meditada, en la que el Dr. Mujica explica el plan y el alcance de su obra y de demostrar la influencia de la Filosofia positiva sobre el Derecho Penal y de la necesidad absoluta del conocimiento de aquellas ciencias que estudian al hombre física y moralmente, á fin de poder aplicar el sistema positivo al estudio de la criminalogia tal como lo exigen las teorias modernas, pasa á estudiar el *delito* y la *pena* tomando en cuenta para el primero los elementos *material* y *moral* que entran en su constitucion, exáminandolos detalladamente en su esencia y para la segunda estudiando las diversas escuelas en que se funda y despues de una crítica seria y bien razonada el autor se decide por aquella que tiene por fundamento la *intimidacion* del delincuente. Es de este último punto que se ocupa el capitulo primero de la tésis que analizamos.

En el II, el autor se ocupa de los delitos que no son penados por nuestras leyes y analiza sumariamente, como conviene á un estudio de esta índole, las causas que segun nuestro Código Penal eximen de pena, pasando una revista general á la edad, la embriaguez, el sonambulismo, la imbecilidad y la locura, siendo la parte médica un poco pobre — se comprende — pero bien tratada, demostrando el autor haber hecho estudios bastante serios, lo que le ha permitido familiarizarse con estas cuestiones, á las que naturalmente no

ha podido dar la extension, que tal vez habria deseado, para no invadir campos que no estaban encerrados en el límite del fin que se propuso en su tésis.

Las perturbaciones sensoriales son estudiadas en los capítulos III y IV comenzando por la *ilusion* y sus diversas formas, y termina por un excelente estudio de la *alucinacion*, que constituye sin duda alguna el punto mas interesante y mejor tratado de este trabajo. Bueno tambien, muy bueno, es el último capítulo (V) en el que trata de las perturbaciones de la inteligencia, estudia principalmente los *delirios* y concluye con unos interesantes datos sobre la *parálisis general progresiva*, datos inéditos que han sido suministrados por el Director del Hospicio de las Mercedes, Dr. Cabred.

En resúmen, el Dr. Mujica Farias ha hecho un trabajo sério-metódico y bien pensado y merece sobre todo un aplauso por su originalidad, el que se lo enviamos sinceramente.

E. T.

Valor clínico de los medios de exploracion diagnóstica de la dilatacion del estómago—Madrid, 1893.

La dispepsia—Su semeiótica química y su terapéutica, por el Dr. *Nicolás Rodriguez y Albaytua*, 1891.

Estadística de la Administracion de Vacuna durante el 1er semestre de 1895

	Vacunados	*Revacunados*	*Total*
Resultado positivo...	12.046	2.487	14.533
» negativo..	295	662	957
» ignorado..	3.523	597	4.120
	15.864	3.746	19.610

Certificados de vacunacion expedidos... 9.125

—

Casos de viruela..... 166
Domicilios infectados por la viruela.. 155
Defunciones por viruela..... 88

—

Cowpox recibido del Conservatorio Nacional de Vacuna..... 20.778 placas

F. F. Allende.

Concurso Nacional de Medicina para 1896

REGLAMENTO

El Círculo Médico Argentino, resuelve:

Artículo 1º. Celebrar en 1896, un Concurso Nacional de Medicina, de acuerdo con las siguientes bases:

(*a*) Los temas del concurso serán libres y podrán presentarse trabajos de personas que residan en cualquier punto de la Argentina; entendiéndose que son trabajos de concurso: memorias inéditas sobre medicina, piezas anatómicas preparaciones histológicas, anátomo-patológicas, plásticas instrumentos, aparatos, etc. que no hayan sido entregados al público antes de la fecha del concurso.

(*b*) Los trabajos serán dirigidos al Presidente de Círculo Médico Argentino; entregados en secretaria antes del 10 de Abril de 1896, sin que por ningún dato ni referencia pueda deducirse los nombres de sus autores.

(*c*) Cada trabajo vendrá embalado y en su rótulo tendrá el nombre de la seccion del concurso á que por su naturaleza corresponda.—En sobre cerrado y lacrado constará el nombre y domicilio del autor.—Este sobre tendrá la misma leyenda que el trabajo á que se refiere, y será

conservado por la Comision Directiva para ser abierto despues de pronunciado el jury, siempre que corresponda á algun trabajo premiado.

(*d*) Cada aparato, pieza anatómica preparacion histológica, anátomo-patológica, plástica, instrumento, será acompañado de una memoria descriptiva.

(*e*) Todo trabajo premiado es propiedad de la Asociacion. (1) Queda establecido que el CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO no costea publicacion de memorias ni confección de instrumentos premiados.

(*f*) Los trabajos no premiados serán devueltos á sus autores.

Art. 2º. El jury se compondrá de nueve personas de reconocida competencia en las ciencias médicas, y será nombrado, por la asamblea de entre una lista de veinticinco, propuestos por la Comision Directiva, y en él actuarán como secretarios dos miembros de la Sociedad nombrados por la asamblea.

Art. 3º. De la misma lista de veinticinco pesonas, la asamblea nombrará seis sustitutos, los cuales podrán ser llamados por los titulares cuando éstos se crean insuficientes en número para resolver el mérito de los trabajos presentados.

Art. 4º. Para facilitar la distribucion y estudio de los trabajos del concurso, se establecen las siguientes divisiones, á cada una de las cuales corresponden los premios que se expresan :

Anatomía patológica, histología, piezas histológicas, sifilografía, dermatología.—Premio del señor Gobernador de la Provincia de Córdoba, acordando por decreto de Julio 6 de 1893 (consistente en una medalla de oro); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología interna, clínica médica, enfermedades de niños. —Premio Juan Etchepareborda (consistente en la colección de cien tomos del Diccionario de Dechambre); medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ginecología y Obstetricia,—Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Patología externa, clínica quirúrgica, medicina operatoria,

(1) Se refiere al original.

instrumentos, aparatos.—Medalla de oro; medalla de cobre; diploma.

Medicina legal, toxicología, terapéutica y química aplicada á la medicina.—Premios: Medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Higiene, demografía, epidemiología, geografía médica.—Premios; medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Enfermedades nerviosas y mentales, historia de la medicina.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Anatomía, fisiología, preparaciones anatómicas.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Oftalmología, laringología, rinología, otología, odontología.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Ciencias auxiliares de la medicina.—Premios: medalla de oro; medalla de plata; medalla de cobre; diploma.

Art. 5º. Si los trabajos de algunas secciones no merecieran los premios asignados, éstos podrán ser adjudicados por el jury á trabajos de otras secciones; y si en algunas de éstas no bastaran los premios que se establecen por ser muchos los trabajos que á ellas se hubieran presentado, el jury podrá aumentar su número y lo hará así constar en su veredicto.

Art. 6º. El premio acordado por el Gobierno de la República, por decreto de fecha Julio 12 de 1893, será adjudicado al trabajo que á juicio del jury sobresalga de una manera notable entre todos los presentados al concurso.

Art. 7º. El veredicto será presentado á la C. D. del CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO el 1º de Julio de 1896, firmado por todos los miembros del jury, y especificando por cada seccion del concurso cuáles son los trabajos premiados y la categoría de los premios acordados.

Art. 8º. La C. D. en presencia de este veredicto procederá á abrir los sobres que correspondan á los trabajos premiados; comunicará sus resultado á los gobiernos y demás personas que hubieran acordado premios y fijará dia para su distribucion en acto público.

Art. 9º. Todas las medallas irán acompañadas de diplomas con la firma de los miembros y secretarios del jury, presidente y secretario de la Sociedad.

Estas medallas llevarán las siguientes inscripciones: En el anverso:

« CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO », y en el reverso: « Concurso Nacional de Medicina, en 1896 ». Tendrán como peso efectivo media onza.

Art. 10. Solicítese de la prensa de la República la insercion de este reglamento; circúlese á todos los médicos, hombres de ciencia y estudiantes de medicina de Buenos Aires y provincias.

Buenos Aires, Marzo 15 de 1894.

ALEJANDO E. AMORETTI
Manuel A. Zavaleta
Domingo M. Cremona
Secretarios.

NOVEDADES TERAPÉUTICAS

Administracion del timo en la enfermedad de Basedow y el bócio simple. — Los útiles efectos de la administracion de la glándula tiroides en el mixedema se explican, como se sabe, por la destruccion de principios tóxicos que se acumulan en la sangre y que son neutralizados por el jugo tiroides.

No es fácil, en cambio, explicar la accion del mismo agente en la enfermedad de Basedow, puesto que la glándula, lejos de estar destruida, parece casi siempre hipertrofiada. Segun BURNS, la hipertrofia en este caso seria una especie de compensacion que se crea el organismo para destruir los principios tóxicos en exceso; por eso la introduccion artificial de glándula ó jugo tiroideo disminuye la hipertrofia compensatriz.

Esta explicacion no es satisfactoria: los resultados favorables persisten largo tiempo despues de la administracion del agente. El profesor MIKULICZ (Berliner Kl. Woch.) se rehusa á admitir que sea un mismo principio de la glándula el que obra en el mixedema y en la enfermedad de Basedow; cree más plausible la hipótesis de dos sustancias, proveniente una enteramente de la tiroides y obrando en el mixedema, y pu-

diendo la otra ser elaborada en otros órganos; esta última obraria en la enfermedad de Basedow.

Así, MIKULICZ ha obtenido excelentes resultados en 10 casos de bócio simple y en 1 de enfermedad de Basedow administrando timo fresco de cordero (10 á 25 grs. tres veces por semana); los efectos han sido idénticos á los obtenidos por medio de la glándula tiroides y á pesar de haber pasado en total de 300 gramos, ningun enfermo ha sufrido fenómenos accesorios de intoxicacion. En 1 caso de bócio simple, la hiperplasia ha desaparecido considerablemente al cabo de 15 dias de tratamiento; en 6, la glándula ha disminuido considerablemente; en 2, el resultado fué escaso y en 1 enteramente nulo.

En el enfermo atacado de bócio exoftálmico, la disminucion de la glándula era muy poco pronunciada, pero los síntomas graves de la afeccion habian desaparecido de una manera que parece que el timo tuviera una accion especial sobre los fenómenos nerviosos de la afeccion.

Resorcina para la antisepsia bucal y nasal. — M. BINET, basándose en la inocuidad de la resorcina, de que se puede injerir 8 á 10 gramos en un dia sin accidentes, y sobre su gran poder antiséptico, propone emplearla en tiempo de epidemia de difteria como preservativo. Una solucion al 1/2 por 100 es suficiente, no tiene mal gusto y desinfecta suficientemente.

Puede hacerse tambien esos gargarismos y lavajes análogos de las referidas cavidades, independientemente de la difteria.

CRONICA

Suero antidiftérico. — Desde hace cerca de un mes el Departamento Nacional de Higiene expende suero preparado en su laboratorio; el doctor Penna lo ha usado y ha obtenido idénticos efectos á los dados por los de Behring y Roux, pero crée necesario inyectar 30 cmc. en vez de 20.

El Laboratorio de la Asistencia Pública ha preparado tambien ya suero antidiftérico. Se hizo con este motivo una pequeña fiesta y los diarios políticos han elogiado muy justa-

mente el anhelo de nuestras autoridades sanitarias por proveerse de un agente terapéutico de tanta importancia.

Hace pocos meses, sin embargo, que el Director de estos Anales sufrió casi un proceso por haber sostenido que el suero podia y debia prepararse entre nosotros!

Revista de estudios médicos. — Hemos recibido el primer número de una nueva publicacion semanal que, con el título indicado, acababa de aparecer.

Es dirigida por el estudiante señor Juan A. Sanchez y condensa su programa de este modo :.... « obra de estudiantes y para estudiantes, publicará artículos y conferencias sobre química, histologia, farmacia, terapéutica, física médica, etc. de acuerdo con los programas respectivos vigentes en nuestra facultad. »

Retribuimos el afectuoso saludo que nos dirije y deseámosle larga y próspera vida.

Asamblea del Círculo Médico. — En la celebrada el sábado 27, el doctor Davison leyó la conferencia que se encontrará en el presente número acompañándola de diseños y experimentos ilustrativos. La discusion se postergó para la próxima asamblea científica á fin de que se pudiera antes leer detenidamente ese trabajo extenso y prolijo.

Se nombró tambien vice-presidente al doctor Pedro J. Coronado y Director del Museo al doctor Tiburcio Padilla (hijo) por renuncia del Sr. Ricardo Lynch.

Sociedad de Socorros entre médicos. — Ha quedado definitivamente constituida esta asociacion y publicaremos sus estatutos en el número próximo. Las principales disposiciones se reducen á fijar una cuota de 50 $ despues de la muerte de algun sócio, debiendo la suma total ser abonada á la familia del fallecido ó á la persona que él indique. No hay pues, cuota de entrada ni otra periódica.

Los comisarios nombrados para recibir adhesiones y las cuotas en el caso en que un fallecimiento ocurriera, son los doctores Boeri, Gandolfo y Araoz Alfaro; á cualquiera de ellos pueden dirigirse los médicos de toda la República que deseen formar parte de la asociacion.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 15

Anales del Círculo Médico Argentino

AGOSTO 15 DE 1895

Tratamiento quirúrgico
DEL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

por el **Dr. Otto Wernicke**

Médico del Consultorio Oftalmológico de la Sociedad de Beneficencia

Los progresos hechos por la cirugía desde la introducción de la antisepsia y asepsia, han extendido notablemente su campo de acción, sometiendo al tratamiento quirúrgico muchas afecciones que antes se trataban por los medios médicos. En muchos casos, esta sustitución ha sido provechosa para los enfermos, pero en algunos los resultados obtenidos han sido inferiores á los conseguidos por el tratamiento médico, siempre menos peligroso.

Estos fracasos nos demuestran que esta sustitución no puede ser hecha, sino cuando conocemos suficientemente bien la naturaleza de la enfermedad á tratarse y los medios de que se vale la naturaleza para efectuar sus curaciones espontáneas. Y aun asimismo, de poco nos sirven estos conocimientos, cuando el órgano en cuestión es demasiado delicado para poder resistir á nuestras intervenciones quirúrgicas, siempre torpes y pesadas al lado de los medios de que dispone la naturaleza para efectuar sus curaciones espontáneas.

Es esto último lo que sucede en el tratamiento quirúrgico del desprendimiento de la retina, y vemos así que Poncet en su comunicación al tercer congreso francés de oftalmología (1887), llega á la conclusión de que todos los medios quirúrgicos propuestos hasta el día deben ser abandonados porque no solamente no dan mejoría, sino que favorecen la terminación fatal produciendo sobre todo la tisis del globo.

En el número XX de los «Beiträge zur Augenheilkunde» (Abril 1895), Deutschmann ha publicado un nuevo método que según él da mejores resultados que los anteriores y está destinado á mejorar el triste pronóstico de la afección en cuestión. Es el estudio de este último trabajo lo que nos induce á escribir las presentes líneas destinadas á demostrar por un lado cuán justificada es la desconfianza con que se reciben en la práctica los nuevos métodos operatorios, y por el otro cuán pocos resultados promete el nuevo método propuesto, desde que en el fondo no es más que una pequeña modificación de métodos ya ensayados y desechados.

Podemos dividir las intervenciones que se han hecho contra sprendimiento de la retina, en tres clases:

1ª Intervenciones que pretenden obrar al través de la esclerótica sin abrir el globo del ojo.
2ª Intervenciones en las que se abre la cámara anterior del ojo.
3ª Intervenciones en las que se penetra en el segmento posterior del ojo.

Las intervenciones de la primera clase tienen la ventaja de no exponer el enfermo á ningún peligro, cosa que no sucede con las de la tercera clase, y son preferibles á las de la segunda clase porque no desfiguran el ojo. Por desgracia sus resultados dejan mucho que desear.

El método principal consiste en la aplicación de puntas de fuego sobre la esclerótica al nivel de la retina desprendida, aplicación que debe dar por resultado la reabsorción del líquido subretiniano y una corioiditis adhesiva que fije la retina á la corioidea. Pero casi siempre el líquido no se reabsorbe y la corioiditis adhesiva se produce solamente cuando el cauterio ha penetrado profundamente en la esclerótica, y en tal caso la intervención se confunde con las de la tercera clase. Este método ha sido defendido por Wecker, Chevallereau y otros. Se han publicado también resultados favorables, pero poco queda de ellos, si se tiene en cuenta por un lado las curaciones espontáneas y por el otro la benevolencia con que suelen juzgar los inventores los resultados obtenidos sobre todo cuando la intervención es tan fácil, tan poco peligrosa y tan imponente para su enfermo como en el caso actual. Hoy día, el método en cuestión es poco empleado; se

conserva—y se conservará á flote hasta que dispongamos de un verdadero tratamiento quirúrgico—para consolar á los enfermos á quienes nada desespera tanto como la inactividad del médico en presencia de una afección que empeora cada vez más.

En la segunda clase de intervenciones tenemos solamente la iridectomia propuesta en 1876 por Galezowsky y defendida ardientemente por Dransart. Galezowsky fué inducido á emplear la iridectomia por las consideraciones siguientes: Existe cierta semejanza entre el glaucoma y el desprendimiento, como lo demuestran los casos en que á un glaucoma se asocia un desprendimiento, los casos en que aparecen las dos afecciones simultáneamente y en fin los casos en que un ojo se pierde por glaucoma y el otro por desprendimiento retiniano.

Si se considera que en el glaucoma hay aumento de tensión y en el desprendimiento disminución de la misma y que los casos en que funda Galezowsky la semejanza son casos excepcionales, se comprenderá que la iridectomia debe ser completamente ineficaz en el tratamiento del desprendimiento. Galezowsky mismo ha abandonado la iridectomia y la acusa hoy día, no solamente de ser ineficaz, sino también de favorecer la formación rápida de catarata.

Las intervenciones de la tercera clase, en las que se penetra en el segmento posterior del ojo, son las que más satisfacen al espíritu, porque obran más directamente sobre la causa del mal, pero también son las que muestran—al lado de resultados que ni siquiera se pueden clasificar de mediocres—el mayor número de accidentes graves. Todas ellas tienen el inconveniente de ser por sí solas una nueva causa para la producción de desprendimientos retinianos.

En efecto, toda herida penetrante de la esclerótica, aunque sea pequeña, da lugar á adherencias entre las membranas del ojo, adherencias que son una de las causas más frecuentes del desprendimiento retiniano, como ha podido comprobarse de nuevo últimamente por los resultados obtenidos en la extracción de partículas de hierro del ojo por medio del electroimán.

Se ha recurrido á la discisión de la retina desprendida (Graefe), á la dilaceración con dos agujas, pero bien pronto se han abandonado estos métodos por ineficaces, sustituyén-

dolos por la punción de la esclerótica con objeto de dar salida al líquido subretiniano (Alf. Graefe, Wecker, Wolfe, etc.). Este método es el más empleado todavía hoy día, por más pobres que sean sus resultados. Es indudablemente mejor que la punción y la dilaceración y sobre todo menos peligroso que los métodos siguientes. Es el único método que he visto emplear en la clínica de Fuchs en Viena. He seguido los enfermos durante algún tiempo, los resultados han sido tan defectuosos que prefiero el tratamiento médico.

El drenaje del ojo ha sido propuesto por Wecker con objeto de dar salida al líquido subretiniano é impedir así las recidivas tan frecuentes del desprendimiento. Al principio Wecker empleaba un hilo de oro, más tarde una cánula de oro que dejaba en permanencia protegida solamente por la conjuntiva. Los resultados no han sido satisfactorios y aunque Wecker sostiene que la presencia de estos cuerpos extraños no es peligrosa para el ojo, el método está hoy día completamente abandonado, hasta por el inventor. La sustitución del hilo de oro por un hilo de catgut que debía fijar la retina á la esclerótica, facilitar el drenaje y reabsorberse después, como ha propuesto Galezowsky, no ha dado resultado tampoco.

Se ha tratado también de dejar salir el líquido subretiniano y producir una corioiditis adhesiva por medio de una inyección de sustancias más ó menos irritantes dentro del ojo. Hemos dicho ya más arriba que estas adherencias son una de las causas más frecuentes del desprendimiento; su producción intencional en un ojo ya atacado de desprendimiento no puede sino facilitar y aun agravar las recidivas. Además, las sustancias inyectadas quedan en contacto directo con la retina que perderá el resto de sensibilidad que le queda á veces desde que es imposible admitir que la retina pueda resistir á un irritante capaz de producir una corioiditis adhesiva. No podemos tampoco circunscribir esta corioiditis á voluntad y corremos riesgo de achicar el campo visual ó aun de producir una ceguera completa.

En el método propuesto en 1881 por Abadie, se atraviesa la esclerótica con la punta del galvano-cauterio y se deja salir el líquido subretiniano. Por la acción del cauterio se obtiene una corioiditis circunscrita á los puntos de aplicación que

basta para fijar la retina. Según Abadie mismo, este procedimiento no ha dado resultados.

Schöler, ha propuesto en 1889, un tratamiento que debe ser señalado como el más perjudicial de cuantos se hayan ensayado hasta el presente. Schöler sostiene, que un tratamiento racional, científico y eficaz, no puede ser hallado sino estudiando la anatomía patológica del proceso y los medios de que se vale la naturaleza para producir la curación espontánea. Hace en su trabajo efectivamente un estudio muy bueno de la anatomía patológica y de la curación espontánea del desprendimiento, para llegar á aconsejar como tratamiento dejar salir el líquido subretiniano é inyectar en el ojo algunas gotas de tintura de yodo. Cuesta trabajo hallar la semejanza que pueda existir entre la curación espontánea y la reacción intensa que produce en el ojo una sustancia tan irritante como el yodo, así como no cuesta trabajo ninguno comprender que este método tan « racional y científico » haya fracasado en mano de casi todos los oculistas. La inmensa mayoría de los observadores está conforme en asegurar que este método no sólo no da resultados, sino que empeora el estado del ojo produciendo iridociclitis y corioiditis y precipitando así la producción de la tisis del globo. Pero no solo el ojo corre peligro con este método, sino también la vida del enfermo, como lo demuestra el caso de Gelpke en que el enfermo murió de infección debida á una gangrena del ojo y de los párpados producida por una inyección según el método de Schöler.

Todos los métodos que tratan de fijar la retina desprendida á la corioidea y esclerótica por medio de procedimientos más ó menos enérgicos, son incorrectos en teoría, así es que su fracaso en la práctica no nos sorprenderá. En efecto, sabemos que el desprendimiento puede aparecer en cualquiera parte de la retina y que, debido á la gravedad, el líquido se acumula en la parte inferior permitiendo á la retina primitivamente desprendida reaplicarse y localizando el desprendimiento definitivo en la parte inferior. Si obtenemos una soldadura entre las diversas membranas del ojo en este punto, en caso de recidiva—nada hemos hecho para impedirla con dejar salir el líquido, desde que no se ha formado en la parte inferior —el líquido tendrá que desprender las partes laterales ó aun centrales de la retina, agravando así el estado del enfermo.

Adamuk y otros han propuesto dar salida al líquido subretiniano é inyectar substancias no irritantes en el vítreo para aumentar su volumen y mantener de este modo la retina aplicada á la corioidea. Pero como estos líquidos son rápidamente reabsorbidos, si son asépticos,— los resultados no han sido superiores á los obtenidos con la simple punción.

Deutschmann, en el trabajo arriba mencionado, propone dos métodos nuevos de tratamiento. Están basados sobre todo en los estudios anátomo-patológicos hechos por Nordenson bajo la dirección de Leber; estudios que han demostrado que en casi todos los ojos afectados de desprendimiento retiniano, se encuentran alteraciones marcadas en el vítreo, consistentes sobre todo en la producción de bridas más ó menos resistentes que lo fijan á la retina y ejercen cierta tracción sobre ella, y en una disminución del volumen del vítreo.

El primer método, denominado « incisión vítreo-retínica » ataca sobre todo las bridas; el segundo llamado « transplantación de vitreo » se propone luchar contra la disminución de volumen del vitreo.

El primer método consiste en lo siguiente: con un cuchillo de hoja angosta y de doble filo se penetra en el globo del ojo y se hunde el cuchillo hasta que la punta toque la pared opuesta del globo tratando que el punto de entrada y el punto en que toca la punta de la hoja coincidan en lo posible, con los límites laterales del desprendimiento. Se hacen después unos ligeros movimientos con el cuchillo destinados á cortar las bridas y se retira el cuchillo dejando salir el líquido. Con este proceder, según Deutschmann, se consigue lo siguiente:

1º Dar salida al líquido subretinal.
2º Incindir la retina en dos puntos distintos.
3º Cortar las bridas del vítreo que pudieran existir.
4º Dar salida al líquido preretinal que se encuentra entre la retina y el vítreo.
5º Librar así la retina, aplicarla á la corioidea y fijarla por medio de las adherencias que se producen entre las membranas del ojo al nivel de las incisiones retinianas.

Este procedimiento no es en el fondo otra cosa que la discisión de la retina dejando salir el líquido, acompañado de una incisión grande del vítreo. La discisión, ya la hemos discutido más arriba; la incisión del vítreo nos parece que no mejorará mucho los resultados; hemos dicho ya más arriba que las incisiones del vítreo dan lugar á cicatrices que á su vez favorecen el desprendimiento; tan es así, que ya desde tiempo atrás se trata de evitar en lo posible toda herida del vítreo en el tratamiento del desprendimiento retiniano.

El segundo método de Deutschmann se denomina «transplantación del vítreo del conejo», nombre impropio como el mismo Deutschmann lo confiesa, desde que el vítreo por las manipulaciones que sufre, como se verá más abajo, pierde toda vitalidad y es absorbido en el ojo.

Se procede de la siguiente manera: Punción de la esclerótica y retina para dejar salir el líquido. Inyección por medio de una jeringa de Pravaz de vítreo de conejo joven. Pero para que pueda inyectarse fácilmente y pasar la cánula es necesario revolver el vítreo fresco con una varilla de vidrio hasta que tenga la consistencia requerida y añadirle en caso necesario un poco de solución de cloruro sódico al 0.75 ‰ para diluirlo y también para disminuir la acción irritante que tiene sobre el ojo humano el vítreo de conejo, no diluido, como ha observado Deutschmann. Se inyecta del vítreo cantidad suficiente para obtener una tensión ocular normal.

A esta inyección intraocular sigue generalmente una reacción inflamatoria más ó menos intensa, cuyo grado de intensidad depende sobre todo de la concentración del vítreo inyectado. A veces es necesario repetir la inyección, y entonces debe tomarse vítreo más concentrado porque sino la reacción no es bastante intensa estableciéndose una especie de tolerancia en el ojo humano para el vítreo de conejo.

Según Deutschmann, el objeto de esta intervención es el de obtener una tensión normal durable en el ojo afectado. El vítreo de conejo es especialmente apto para ello, porque la reacción que produce no es demasiado intensa, porque se reabsorbe lentamente y porque su volumen se mantiene igual durante mucho tiempo desde que la pérdida por reab-

sorción es compensada por el aumento de volumen de vítreo inyectado, debido á la impregnación en los líquidos oculares. La tensión se mantiene así constante durante algún tiempo y da tiempo á la retina de fijarse á la corioidea por una inflamación adhesiva debida á la reacción causada por el vítreo de conejo.

Poca fe tenemos á este nuevo método, aunque viene recomendado por una autoridad como Deutschmann. Es cierto que el inventor cita en su trabajo una serie de resultados favorables, pero si se estudian los trabajos de los inventores de la iridectomia, discisión, drenaje, etc., etc., se encuentra que estos autores pretenden haber obtenido iguales resultados con sus procedimientos que, sin embargo, no han conseguido nunca generalizarse y aun á menudo han sido desechados al fin por sus mismos promotores. La duda en el éxito es pues justificada y nos parece que los métodos de Deutschmann servirán solamente para demostrar una vez más que somos impotentes contra el desprendimiento retiniano; demostración que tiene, como dice Panas, la ventaja de provocar nuevas investigaciones y estudios gracias á los cuales se llegará quizás algún día á tratar útilmente una afección frecuente que cada día hace nuestra desesperación.

LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DE BERNA

SU INSTALACION, PRACTICAS Y USOS

Por el **Dr. NICOLÁS REPETTO**

Corresponsal del «Círculo Médico»—Asistente agregado de la Clínica

(Véase la primera parte en el núm. 13)

Esterilización de los instrumentos, seda, tubos de drenage, etc.; esterilización y preparación del material de curación. Los instrumentos se esterilizan haciéndolos hervir durante media hora en una solución de carbonato de soda al 1 por 100; durante las operaciones se mantienen sumergidos en una

solución de ácido fénico al 2 por 100. Hay dos vasijas para hervir los instrumentos: una para los sépticos y la otra para los asépticos; hay también vasijas diferentes para poner los instrumentos durante las operaciones, según que éstas sean asépticas ó sépticas. Las vasijas son de metal enlozado y se desinfectan lavándolas con solución de sublimado al 1 por 1000.

La esterilización de los instrumentos por la ebullición en la solución de soda es el medio más simple y eficaz; á esta conclusión ha arribado el profesor Kocher teniendo en cuenta su práctica personal y el resultado de experiencias bacteriológicas exactas y numerosas.

Para las suturas y ligaduras, el profesor Kocher emplea la seda casi exclusivamente; se la esteriliza haciéndola hervir durante diez minutos en una solución de ácido arsenioso al 1 por 5000, y después se la conserva en la solución de sublimado al 1 por 1000. Tanto para la esterilización como para la conservación, la seda es colocada en unos carreteles de vidrio ideados por el profesor Kocher; estos carreteles están construídos de modo que aseguran la mayor superficie de contacto entre la seda y el líquido esterilizador ó antiséptico. Me parece inútil decir que cada sala de operaciones tiene su seda aparte. Durante las operaciones, los frascos que contienen la seda son colocados dentro de vasijas anchas y bajas que contienen un poco de solución sublimada; los mismos frascos de la seda, antes de la operación, son lavados exteriormente con la solución de sublimado.

En la clínica se emplean únicamente tubos de vidrio para el drenage; estos tubos, que han sido ideados por el profesor Kocher, son de vidrio delgado, ligeramente curvos y provistos de abundantes agujeros en las partes laterales; del lado de la extremidad que debe quedar fuera de la herida, tienen lateralmente dos pequeñas puntas romas, que sirven para fijar el tubo. Estos tubos forman una serie de 25 tamaños diferentes y están construídos de tal manera que no presentan aristas ni bordes cortantes. Estos tubos de vidrio presentan sobre los de goma, las siguientes ventajas: 1º, pueden ser esterilizados sin deteriorarse; 2º, no se doblan ni forman codos que impidan la evacuación perfecta de los líquidos; 3º, el mismo tubo puede ser utilizado por un tiempo indefinido. La esterilización de estos tubos se

obtiene haciéndolos hervir durante media hora en una solución de carbonato de soda al 1 por 100; los tubos que ya han sido empleados, sufren antes de la nueva esterilización, un abundante lavado con agua caliente y jabón, y un enérgico escobillonage con una de esas escobillas que se emplean para limpiar las boquillas de cigarro.

El material de curación que se emplea en la clínica se reduce á la gaza y las vendas; el algodón ha sido absolutamente suprimido de las curaciones. La gaza se emplea simplemente aséptica ó al sublimado, timol, carbol ó yodoformo. La gaza aséptica se prepara del siguiente modo: se toma la gaza suministrada por el comercio y se la hace sufrir varios lavados con agua caliente y jabón para extraer la goma y las otras sustancias extrañas al tejido; una vez que esta gaza está seca y bien limpia, se la corta á pedazos de tamado diferente, según el uso á que son destinados; unos pedazos son de 1m × 1m y destinados para las curaciones; otros pedazos son mucho más pequeños, de 0m30 × 0m30 y sirven para secar la sangre durante las operaciones.

De cada uno de estos pedazos de gaza se hacen varios montones y cada montón se envuelve en un pedazo grande de gaza, formando atados; estos atados se colocan dentro del autoclavo, sobre rejillas destinadas al efecto, y el todo se esteriliza durante media hora, á tres atmósferas de presión y 145º. Terminada la esterilización se sacan los atados del autoclavo, se los desenvuelve y los pedazos de gaza esterilizada son guardados en tarros de vidrio, para ser distribuídos más tarde á las salas. El autoclavo funciona todas las mañanas y una vez terminada la esterilización, se deja dentro de él el material necesario para las operaciones del día.

La gaza al sublimado, al carbol ó al timol, se prepara sumergiendo la gaza esterilizada y dejándola durante algunas horas en soluciones de sublimado al 1 por 500, ácido fénico al 2 por 100 y timol al 1 por 100, respectivamente; después de este baño prolongado en el líquido antiséptico, la gaza es apretada entre dos cilindros de goma y guardada en seguida en tarros de vidrio. La gaza yodoformada se prepara espolvoreando yodoformo sobre la gaza esterilizada y frotándola fuertemente con los dedos para que el yodoformo

penetre bien en las mallas del tejido; después se la guarda en un tarro de vidrio, en el que se ha colocado previamente un poco de yodoformo en polvo.

Las pañoletas que se emplean en la clínica son grandes, como sábanas, con bordes ribeteadas y las hay de varias formas y tamaños; las destinadas á las laparotomías, hernias, etc., tienen un gran ojal en el centro que deja á descubierto la región donde se va á hacer la incisión. Inmediatamente antes de la operación, el enfermo es cubierto completamente por varias de estas pañoletas, esterilizadas, húmedas y tibias; sólo queda á descubierto la cara y la región donde se practicará la operación. Como es fácil de comprender, estas pañoletas no se tiran; después de cada operación se las lava con agua caliente y jabón, se las hace hervir y después se esterilizan de nuevo en el autoclavo, quedando aptas para servir otra vez.

La esterilización de los instrumentos, material de curación, seda etc., está á cargo de una hermana, la misma que alcanza los instrumentos en las operaciones asépticas; en las operaciones sépticas los instrumentos son alcanzados por otra hermana.

Curaciones y antisépticos.—Las curaciones que se emplean en la clínica difieren naturalmente con el género de herida á que están destinadas. Las heridas operatorias asépticas, completamente suturadas y sin drenage, son curadas, casi siempre, siguiendo un sistema particular de esta clínica, y sobre el cual voy á dar algunos detalles. Tomaré un caso práctico, por ejemplo, una operación radical de hernia libre, sin complicaciones, en el que se ha hecho la sutura completa de la herida, sin drenage, y voy á describir el tratamiento que se hace á esta herida hasta su cicatrización completa.

Terminada la operación se seca la herida y se coloca sobre ella una hoja de gaza yodoformada de 10 centímetros de ancho y un poco más larga que la herida; con un pincelito de pelo mojado en colodio simple, se fija este pedacito de gaza, tratando de que el pincel circule sobre la gaza, pero pasando sobre los alrededores de la herida y no encima de ella; después con otro pincelito, mojado en una papilla formada con subnitrato de bismuto y solución de sublimado al 1 por 1000, se dan pinceladas sobre la hoja de gaza yodoformada, pero tratando ahora, contrariamente

que con el colodio, de pasar sobre la herida misma. El colodio y la papilla de bismuto se secan y hacen la oclusión de la herida; sobre esta curación no se pone nada más. Al segundo ó tercer día, se saca esta curación para extraer los hilos de sutura y se procede del modo siguiente: se toma por una punta la hoja de gaza y se la desprende completamente, cosa que se hace sin dificultad, porque tanto el colodio como la papilla de bismuto no se adhieren fuertemente á la piel; la herida descubierta, y empezando por una de sus extremidades, se cortan los dos ó tres primeros puntos de sutura y se reemplazan en seguida por una tirita de cinta esterilizada que cruza verticalmente la herida y que es fijada á la piel con colodio: cortados los tres primeros puntos de sutura, se cortan en seguida los tres siguientes, reemplazándolos á su vez por una segunda tirita de cinta esterilizada; y así sucesivamente hasta que todos los puntos de sutura hayan sido extraídos y reemplazados por las tiritas de cinta esterilizada. Hecho esto, se cubre la herida con una hoja de gaza yodoformada, que se fija con el colodio y se cubre con la papilla de bismuto. Esta segunda curación se saca generalmente al 9º ó 10º día y casi siempre se encuentra la herida reunida.

La curación que acabo de describir es la típica; que se emplea generalmente; á veces sufre ligeras modificaciones, pero que no la alteran de una manera esencial. A veces en lugar de una hoja de gaza se ponen dos ó tres; otras veces sobre la herida se coloca una almohadilla larga y angosta de gaza yodoformada y después el colodio y la papilla de bismuto. Sucede á veces que la herida segrega un poco de sangre que se acumula debajo de la curación; en esos casos se debe sacarla inmediatamente para reemplazarla por otra idéntica.

Las heridas operatorias asépticas, suturadas, donde se ha puesto un pequeño drenage para dar salida á la sangre ó serosidad durante los dos ó tres primeros días, se curan con varios paños de gaza esterilizada; al tercer ó cuarto día se saca el tubo, se extraen los hilos de sutura reemplazándolos con las tiritas de cinta esterilizada, y se coloca la curación al colodio y bismuto.

Esta curación, compuesta de la hoja de gaza, el colodio y la papilla de bismuto, cuesta apenas cinco ó diez centé-

simos; si ella hace una oclusión perfecta de la herida, merece reemplazar á las amplias curaciones de gaza y algodón, que son muy caras, incómodas para el enfermo y á veces difíciles de colocar. Naturalmente, que lo que acabo de decir se refiere á las heridas asépticas, destinadas á reunirse por primera intención.

En las heridas suturadas de los labios, nariz, mentón, mejilla, etc., donde es difícil mantener una curación que haga realmente las veces de tal, se ponen simplemente varias pinceladas de la papilla de bismuto.

Las heridas sépticas, con ó sin drenage, se curan con gaza al timol, carbol ó yodoformo; rara vez se pone á contacto de una herida la gaza al sublimado; el yodoformo en polvo se emplea raramente y sólo para las supuraciones tuberculosas. En contacto mediato de las heridas sépticas, se ponen varios paños de gaza al timol ó carbol, según que la herida supure menos ó más; encima uno ó dos paños de gaza al sublimado y el todo se mantiene mediante una venda esterilizada.

Las heridas operatorias, vastas y anfractuosas, que deben permanecer completamente abiertas, son tapizadas interiormente con una hoja de gaza yodoformada y después taponadas con gaza al timol ó carbol, según que la secreción sea menos ó más abundante. Este taponamiento tiene alguna semejanza con el de Mikulics, en el sentido de que la hoja de gaza yodoformada que tapiza las paredes de la cavidad forma una especie de bolsa en cuyo interior se van apretando los tapones de gaza para hacer el taponamiento.

La irrigación abundante y post-operatoria de las heridas, no se emplea sino en aquellos casos en que hay cavidades, trayectos fistulosos y supuración abundante; se hace con las soluciones de lisol ó tricloruro de yodo al 1 por 100 y 1 por 1000 respectivamente. El tricloruro de yodo es empleado solamente en los casos de supuración abundante y fétida. Para la irrigación se emplea á veces la solución de cloruro de sodio al 6 por 1000 y especialmente para ayudar la evacuación del pus de los abcesos recientemente abiertos.

En las operaciones del vientre el profesor Kocher emplea

á menudo la solución de lisol al 1 por 100, para lavar las vísceras.

El lavado ordinario de las heridas se hace con solución de sublimado al 1 por 1000 y se emplea la menor cantidad posible de líquido; se hace pasando sobre la herida uno ó dos tapones de gaza empapados en la solución de sublimado, y después se seca cuidadosamente con un tapón de gaza esterilizada.

La tintura de yodo se emplea para pintar las heridas pálidas ó que presentan en su superficie tejidos en vía de necrosis y que aún no pueden ser desprendidos con las pinzas.

Es sabido que el lavado frecuente y el manejo de los antisépticos produce á menudo el eczema de las manos; con el objeto de obviar este inconveniente, en la clínica del profesor Kocher las curaciones se hacen de un modo particular. En cada sala hay dos mesitas para las curaciones: una para los casos asépticos y la otra para los sépticos; sobre estas mesitas hay 6 ó 7 *bocales* de vidrio, provistos de una tapa metálica, y que sirven para guardar las distintas clases de gaza; sobre la misma mesita hay otros dos *bocales* iguales á los anteriores, pero que tienen un uso diferente: en uno se guardan la tijera, las pinzas y el estilete, en solución de ácido fénico, y en el otro hay taponcitos de gaza sumergidos en solución de sublimado al 1 por 1000; en este último *bocal* hay también una pinza larga de *caoutchout* sumergida en la solución de sublimado por la extremidad opuesta al mango. Para hacer la curación, el asistente no desinfecta sus manos y procede él mismo á arreglar el enfermo y quitar el vendage; después toma la pinza de *caoutchout* y con ella saca los distintos trozos de gaza de la curación; una vez que la herida está descubierta, con la pinza de *caoutchout* toma dos ó tres de los taponcitos sumergidos en la solución de sublimado y lava con ellos la herida, secándola después con taponcitos de gaza y termina por colocar sobre ella los varios trozos de gaza que constituyen la curación, tomándolos siempre con la pinza de *caoutchout;* sobre estos trozos de gaza coloca la venda. La pinza de *caoutchout* mientras no se emplea, es mantenida siempre con su extremidad sumergida en la solución de sublimado.

Se ve pues, que de este modo, el asistente puede hacer

una curación rigurosamente aséptica ó antiséptica, sin desinfectarse las manos y sin tocar con sus dedos la gaza y las soluciones antisépticas. Pero sucede á menudo que durante una curación hay que emplear las tijeras, las pinzas ó el estilete, instrumentos que no pueden, evidentemente, ser empleados por el intermedio de la pinza de *caoutchout*; en estos casos las tijeras, las pinzas ó el estilete son sacados del *bocal* que los contiene con la pinza de caoutchout, y tomados de aquí con la mano para ser usados.

El profesor Kocher evita, siempre que puede, el contacto del pus con los tejidos sanos recientemente seccionados; los abcesos los abre generalmente con el termocauterio; si para llegar á una cavidad purulenta ha tenido que incindir con el bisturí, antes de evacuar el pus frota con yodoformo en polvo la superficie cruenta de los tejidos incindidos.

Toillette *de los enfermos.*—Un día antes del designado para la operación, se afeita la región, se la lava abundantemente con agua y jabón, y después con la solución de sublimado al 1 por 1000; se cubre en seguida con paños de gaza esterilizada que se sujetan con un vendage. Inmediatamente antes de la operación, estos paños de gaza son quitados y la región vuelve á ser lavada con la solución de sublimado y cepillo; no se emplea el alcohol ni el éther. Cuando la operación debe hacerse en la cara, cuello ó porción superior del tronco, entonces se cubre la cabeza del enfermo con un gorro de goma, que se fija con unas cuantas vueltas de venda esterilizada que pasan por la frente y la nuca. Este gorro de goma, mientras no se usa, es guardado en la solución de sublimado al 1 por 1000 y su empleo tiene un doble objeto: 1º, poner á salvo las manos del cirujano y el campo operatorio de las infecciones que podrían provenir de los cabellos; y 2º, proteger los cabellos del enfermo para que no sean ensuciados por la sangre ó el pus.

Toillette *del cirujano y de los ayudantes: desinfección de las manos.*—Para operar, el profesor Kocher se quita el saco, el chaleco, el cuello de la camisa y la corbata, se pone una blusa corta, blanca, con mangas muy cortas y encima un delantal de goma muy largo, provisto de mangas cortas; este delantal posee un cuello y se cierra por detrás. El ayudante

principal, el encargado de la anestesia y la hermana que alcanza los instrumentos, se ponen también un delantal de goma igual al del profesor; estos delantales se desinfectan lavándolos con agua, jabón y cepillo, y después con la solución de sublimado al 1 por 1000; unos son destinados para las operaciones asépticas y los otros para las sépticas, y son guardados separadamente. El uso de zapatos de goma es indispensable, pues los líquidos son derramados en abundancia. Los espectadores están obligados á quitarse el saco y ponerse un guarda-polvo de hilo blanco, bien limpio.

La desinfección de las manos comprende: 1º, limpieza de las uñas con tijera y lima; 2º, lavado y cepillado durante algunos minutos, con agua tibia, no esterilizada, y el jabón viridis ó pasta jabonosa, 3º, cepillado por espacio de algunos segundos con la solución sublimada al 1 por 1000. Haré notar, que rara vez intervienen en una operación más de seis manos: las del profesor, las del ayudante y las de la hermana; el profesor Kocher trata siempre de reducir el número de ayudantes, aunque por esta causa el trabajo se haga á veces más incómodo. Como complemento de la *toillette*, el profesor y el ayudante principal se frotan la cara con una pañoleta esterilizada y humedecida con bicloruro, y se enjuagan la boca con una solución boricada al 20 por 1000.

Para terminar, diré dos palabras de la manera como se transportan los enfermos de las salas hasta la clínica y vice-versa. Hay en el servicio, varios carritos muy bajos, que se colocan debajo de la cama; por medio de una palanca, la cama es levantada junto con el enfermo y transportada así encima del carrito. Las ruedas de estos carritos están forradas de goma y al marchar no hacen ningún ruido; se deslizan fácilmente bastando para ello el empuje moderado de una sola persona. Terminada la operación, la hermana de la sala á la cual pertenece el operado, se presenta con la cama preparada, es decir, provista de calentadores á agua caliente, una vasija de *caoutchout* para

recoger los vómitos y un paño de gaza para limpiar la boca; la vasija y la gaza son colocadas encima de la almohada. El operado es puesto en la cama y en seguida la hermana por sí sola lo transporta á la sala; allí haciendo ejecutar un movimiento inverso á la palanca, la cama baja hasta el suelo y el carrito es retirado.

Berna, Junio 4 de 1895.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Saligenina

Las complicaciones en el uso del ácido salicílico y salicilato de soda, en el tratamiento interno como antipirético y antireumático, han hecho pensar en la sustitucion de los mismos por la saligenina.

La salicina es el glucósido de la saligenina, y como otros glucósidos, sepárase en sus componentes, hallándose en soluciones acuosas, bajo la acción de los fermentos. Así la salicina se descompone bajo la acción de la emulsina en saligenina y glucosa, de la manera siguiente:

$$\underset{\text{Salicina}}{C_{13}H_{18}O_7} + H_2O = \underset{\text{Saligenina}}{C_7H_8O_2} + \underset{\text{Glucosa}}{C_6H_{12}O_6}$$

La saligenina cristaliza en hojillas incoloras, es soluble en agua fría y más aún en caliente, lo mismo que en alcohol y posee un sabor débilmente amargo. Senator de Berlín aplicó la saligenina fundándose en el hecho de pasar en el organismo, en parte, al estado de ácido salicílico. En las dosis de 2, 5 y 6, reveló una accion antipirética segura en el tifus, para metritis y fiebre ética, sin que ocurrieran los inconvenientes del ácido salicílico.

En una segunda comunicación comprobó los mismos resultados, estableciendo la dosis hasta de 9 y 10 gramos para los adultos, para obtener una acción segura. Tampoco en este caso, ocurrieron complicaciones, no excediendo esta dosis.

Otros autores. con Brew, Schafield, May, Ralfe, Pearse, Curmer, Laffan, Maginnis, Nider, Macdonald, Bury, confirman estos resultados.

Observamos, sin embargo, que otros autores como Buss, Biden Forster, etc., consideran insegura la acción y menos enérgica que la del ácido salicílico.

Éter para narcosis

POR H. THOMS

Con motivo de la sustitución del cloroformo por el éter, hecha con bastante generalidad en los últimos tiempos, se ha presentado al comercio el *Aether pro narcose.* Se le presenta como puro, pudiendo conservársele como el cloroformo por medio del agregado de una pequeña cantidad de alcohol.

Como lo han demostrado ya *Thummel* y *Poleck*, se producen en el éter puro bajo la acción de la luz y del oxígeno peróxido de hidrógeno y alcohol metílico. Las experiencias de Thoms, comprueban estos datos y revelan además que el agregado de alcohol no impide estos fenómenos de descomposición, y que en el éter no expuesto á la luz, pero sí al aire, cabe la descomposición, toda vez que se trate de una larga conservación. Se recomienda por lo mismo conservar el éter para el uso narcótico, en frascos bien llenos y protegidos contra la luz. El agregado de alcohol, es por el contrario inútil. Thoms recomienda el siguiente método de comprobación: El depósito húmedo que se forma por libre evaporación de 20 cm. c. de éter en una vasija de cristal, *deberá carecer de olor y no deberá enrojecer ni empalidecer el papel azul de tornasol humedecido.* Cuando se depositan en un vidrio de reloj algunas gotas de una solución de sulfato de hierro al 10 % con éter y se dejan caer algunas gotas de una solucion de soda, no deberá producirse en un minuto coloración morena.

Cuando tenían lugar estas experiencias fué notado por Gunther en el laboratorio de Schering, que el éter puro no tiene reacción neutra sobre el papel de tornasol como se había admitido hasta el dia, sino que azulea el papel rojo sensible previamente humedecido. Además, se observó que el éter más puro enrojece la fuxina al ácido sulfúrico.

Thyreodinum siccum

El método de preparación empleado hasta ahora, por disecación á alta temperatura, ha dado hasta hoy y siempre un preparado de olor y sabor más ó menos desagradables. Lo mejor es la disecación de las glándulas desprovistas de la piel y trituradas en mortero de porcelana sobre placas de vidrio en el excicator sobre cloruro de calcio ó sobre calcio recientemente calcinado.

Después de un día se puede ya desprender la masa y pulverizarla convirtiéndola en un polvo rojizo, cuasi inodoro.

(*Pharm. Zeitung*, 1895, 49, 209).

Nosophen

TETRAYODPHENOLPHTALEIN, LLAMADO ANTES YODOFEN

Prof. A. Classen y Dr. Walter Löb

Las experiencias hechas con este nuevo cuerpo han tenido lugar en diversas clínicas y laboratorios en Berlín, Zuntz (1) *Frank*, *Posener*, *Rosenheim*, en Bonn, *Binz*, en Wurzburg *Seifert* y en Aachen, hospitales, clínicas y especialistas.

Es un cuerpo coloreado débilmente de amarillo, completamente inodoro, que se disuelve en los álcalis y forma fácilmente sales.

El examen bacteriológico ha demostrado que mata en la dosis de 0,1 % en algunos minutos los estafilococos y estreptococos. Las culturas de pústula maligna perecieron en la dosis de 0,5 %.

El nosophen, se administra interiormente en grandes dosis, sin peligros. Un perro ha podido tomar en ocho días hasta 300 gramos, sin alteración alguna.

Tampoco es nocivo usado de una manera subcutánea, ya sea en disolución como sal de soda ó en suspensión acuosa. La mayor parte se elimina por el intestino, un hecho que hace creer pueda utilizarse en las afecciones simóticas del intestino.

Se ha tratado de investigar si usado en polvo podía el nosophen sustituir al yodoformo, bajo la misma influencia sin los peligros de éste. Las experiencias hechas en heridas en e

(1) A quien agradecemos el envío de este nuevo preparado.

animal demuestran que el nosophen es de preferirse no sólo al yodoformo, sino á los productos nuevamente examinados, como el aristol, el dermatol y el europhen.

El mismo resultado se anota respecto del tratamiento de las heridas en el hombre. La aplicación hecha ya en gran escala tanto del nosophen en polvo, como la sal del mismo en solución de 2 % acusa los siguientes resultados:

1º. Rápida limitación de la secreción y excelente desecamiento.

2º. Formación de buenas granulaciones.

3º. Aspecto fresco y sano de la superficie de las heridas.

4º. Rápido desarrollo de la piel.

Las afecciones sifilíticas locales de la boca, faringe y laringe, fueron benéficamente influenciadas por el nosophen.

Existiendo ya un preparado farmacéutico con el nombre de yodofenina, los autores han preferido cambiar el nombre de yodophen, primitivamente escogido, por el de nosophen.

La sal de soda del nosophen, ó tetrayodphenolnaphtalein, se presentará al comercio con el nombre de Antinosin.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Uremia cerebral

Según Rendu (*Journal de méd. et de chirurgie pratique*, 10 Juillet), debe considerarse en la *uremia cerebral*, aparte del elemento tóxico, que es incontestable y domina la situación, un segundo factor demasiado despreciado hoy. Los edemas cerebrales, seguramente más frecuentes de lo que se cree, deben jugar un rol mecánico importante.

La toxhemía no explica las localizaciones como las parálisis, y es allí donde deben intervenir los edemas. Si se considera los edemas cutáneos, se constatará que no hay explicación satisfactoria de su variabilidad y de sus localizaciones á menudo anormales; las mismas condiciones deben caracterizar al edema cerebral y se concibe que, según los casos, las convulsiones, por ejemplo, sean generales ó localizadas á un miembro ó algunos músculos de la cara.

Otras uremias, siempre á causa del edema cerebral, revisten la forma apoplética; algunas quedan bajo la forma hemiplégica y, según el autor, más de una hemiplegia atribuida á la hemorragia cerebral ó al reblandecimiento, es obra de la uremia. En la autopsia de muchos hemiplégicos, no se encuentra lesión alguna; es muy probable que la parálisis fuera en esos casos determinada por un foco de edema desaparecido en el momento de la muerte.

Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar

El profesor GRANCHER insiste nuevamente (*Bulletin médical* 10 Juillet) sobre la importancia considerable de la rudeza respiratoria en el diagnóstico precoz de la tuberculosis. Este síntoma basta, según él, en la mayor parte de los casos, sobre todo cuando concuerda con los síntomas funcionales, para afirmar el diagnóstico. Cierto es que simples bronquitis pueden alterar por largo tiempo la respiración fisiológica y que bastan una falta de pulimiento de la mucosa de los pequeños bronquios ó algunas rugosidades de la pleura para producir alteraciones persistentes á veces en los ruidos respiratorios. Pero cuando se encuentra una *rudeza inspiratoria* localizada á un vértice y *persistente* hay que pensar en la tuberculosis y por poco que concuerde esta idea con el estado general del enfermo (enflaquecimiento, dispnea, etc.), no debe vacilarse en sentar el diagnóstico y, sobre todo, en instituir inmediatamente el tratamiento.

Llama la atención ver al profesor GRANCHER sostener, con el mismo brío que varios años ha, la extrema importancia de la inspiración ruda, á pesar de la dificultad de precisar bien esa modificación, dificultad que ha impedido fuese seriamente tomada en cuenta por la mayor parte de los observadores.

Efectos de la alimentación tiroidea en algunas formas de alienación mental

Las conclusiones de LEWIS BRUCE en *The Journal of mental science* (Enero 1895), son las siguientes: 1º, la administración al interior de las preparaciones tiroideas provoca un verdadero proceso febril, y la reacción que resulta es favorable al enfermo; 2º, la cantidad de medicamento necesaria para obtener el efecto fisiológico varía según los sujetos, pero raras veces es necesario pasar la dosis cotidiana de 3 á 3.50 gra-

mos; 3º, el empleo del extracto tiroideo á dosis excesivas y prolongadas provoca irritación gástrica; 4º, el empleo de las preparaciones tiroideas en el tratamiento de la alienación mental presenta cierto peligro á consecuencia de la debilidad cardiaca que estas preparaciones determinan. Este peligro puede ser reducido á su mínimum y casi enteramente apartado por el mantenimiento del enfermo en la cama en toda la duración del tratamiento y aún algunos días después; 5º, el empleo de las preparaciones tiroideas está contraindicado en los casos de manía, cuando existe agitación aguda, cuando el peso del cuerpo baja rápidamente y cuando hay peligro de agotamiento en razón de una asimilación defectuosa de los alimentos; 6º, el tratamiento tiroideo parece particularmente ventajoso en la locura de la adolescencia, de lo menopausia y del período puerperal; 7º, su empleo es á menudo útil en los casos en que la curación es lenta; 8º, en los casos antiguos, que tienden á pasar á la demencia, el tratamiento tiroideo da algunas veces el latigazo necesario para conducir el enfermo á la curación final; 9º, los enfermos sometidos á este tratamiento deben ser mantenidos á una temperatura tan igual como sea posible; 10, los resultados proporcionados por este tratamiento en la parálisis general son bastante satisfactorios para darnos á pensar que esta medicación sería ventajosa si el tratamiento interviniese en un período suficientemente precoz de la enfermedad; 11, en fin, los resultados obtenidos son bastante importantes para que se esté autorizado á pensar que el arsenal terapéutico de los alienistas se ha enriquecido con un nuevo y precioso medio de combatir la alienación mental.

Manual operatorio de la punción vertebral lumbosacra

Según CHIPAULT (*Révue neurologique*, Janv. 1895), cuando se trata simplemente de combatir una hipertension del líquido céfalo raquídeo, el único procedimiento de evacuación indicado es la punción por un espacio intervertebral, y en este caso, el autor estima que es útil en el niño é indispensable en el adulto sustituir á la punción por el tercero ó cuarto espacio intervertebral lumbar (procedimiento de QUINCKE) la punción por un espacio intervertebral situado más abajo. Este espacio de elección es el espacio lumbosacro, más ancho que los espacios superiores y al nivel de la parte media del

cual no hay ya filetes nerviosos. El autor precisa cuáles son los puntos de mira para hacer penetrar el trócar y da las indicaciones necesarias al manual operatorio.

La gangrena pulmonar en la escarlatina

Tratándose de una complicación enteramente excepcional, creemos útil hacer conocer el siguiente caso, publicado por el Dr. RICHARDIÈRE en *Union Médicale* (26 de Enero de 1895)

Niño de ocho años atacado de escarlatina el día 17 de Julio de 1894. Angina ligera, pulmones indemnes, nada de albuminuria. El 4 de Agosto, en convalecencia, la temperatura se eleva súbitamente á 39º5; el niño se queja de una puntada de costado con tos quintosa y dispnea. Se percibe frotes en la base izquierda. La pleuresia se afirma en los días siguientes. El 11 de Agosto el aliento se hace fétido, aunque la garganta esté limpia (no hay angina gangrenosa). La temperatura alcanza á 40º y aún á 41º. Estado general muy grave, palidez, caquexia. El 17 de Agosto signos de pneumotórax; la punción da salida á 400 gramos de pus fétido mezclado de sangre. Muerte por la noche. A la autopsia, la pleura, tapizada de falsas membranas, contenía un pues horriblemente fétido. Una falsa membrana desimulaba la perforación del pulmón. Se encontraba, al nivel del lóbulo superior del pulmón izquierdo, un núcleo de esfacelo del tamaño de un huevo, perfectamente aislado.

CRONICA

Facultad de Medicina.—Por renuncia indeclinable del profesor interno de Física Médica, doctor Monet, la Facultad ha designado para dictar dicha cátedra, en el mismo carácter de interino, al doctor Juan José Galeano.

—Se ha concedido licencia por un mes al profesor de Patología general doctor Wernicke, debiendo reemplazarlo el sustituto de la asignatura, doctor Araoz Alfaro.

—El 6 del próximo mes de Septiembre vence el plazo de inscripción para el concurso de profesor sustituto de Clínica Quirúrgica. Hasta ahora, el doctor Diógenes Decoud parece ser el único inscripto.

—Los profesores que constituyen las mesas de tercer término de examen general se hacen notar por su inasistencia; muy raras veces las mesas se constituyen.

La Facultad debe corregir estas irregularidades que perjudican á los estudiantes y que denotan falta de seriedad y de orden en la institución.

El quorum es de 5; las mesas están compuestas de 8 profesores y rara vez alcanzan á reunirse 3 ó 4.

Asambleas científicas. — Los señores socios que deseen dar lectura de alguna comunicación deben hacer conocer el tema al Presidente, por lo menos tres días antes de los fijados para las asambleas. Estas tendrán lugar cada dos semanas en día miércoles.

En la celebrada anoche, quedó pendiente la discusión sobre *la física de los sonidos y soplos del corazón*, porque el doctor Dávison manifestó que le era imposible concurrir; los doctores Lucero y Araoz Alfaro hicieron objeciones fundamentales á las ideas sostenidas por él y á sus experimentos, pero en atención á su ausencia, se resolvió dejar la indicada discusión en la orden del día de la próxima asamblea.

El doctor Benjamín Martínez leyó también un trabajo sobre *la hidroterapia en las neumonías infantiles*, que dió lugar á algunas observaciones por parte del doctor Araoz Alfaro.

Boletín bibliográfico del Círculo Médico Argentino

Gautier et Renault. — *Formulaire des spécialités pharmaceutiques*, París. Baillière et fils, 1895.

Rodríguez y Abaytúa.—*Las transfusiones hipodérmicas de suero artificial* (método de Chéron). Madrid, Administración de la «Revista de Medicina y Cirugía prácticas». Peciados, 33, bajo, 1894.

Id. id.—*Datos diagnósticos que se pueden deducir del interrogatorio de los gastropáticos.* Íd. íd., 1895.

Seidl Carlos Dr. — *Tabellas de dietas e raçoes.* Hospital de S. Sebastião, Río de Janeiro, 1894.

Id. id. — *Relatorio do Hospital de S. Sebastião*, 1892.

Id. id.—Íd. íd., 1893.

Id. id. — *O Quarto Centenario da febre amarella* (*bosquejos de Hygiene social*), Río de Janeiro, 1895.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 16

Anales del Círculo Médico Argentino

AGOSTO 31 DE 1895

El núcleo celular y la trasmisión de los caracteres hereditarios

Por el Dr. **Samuel de Madrid**

In minimis latet natura
PLINIO.

El presente artículo tiene por objeto dar satisfacción al deseo expresado por el amable director de estos ANALES, Dr. Araoz Alfaro, de hacer aparecer en sus columnas algún capítulo ó un resumen de las principales conclusiones á que llego en mi tesis sobre «El Problema de la Herencia en la Biología Celular».

Es ella, como habrá podido juzgar el lector que haya tenido ocasión de hojearla, un ensayo de adaptación de nuestras ideas actuales morfológicas y fisiológicas sobre la célula, al estudio del mecanismo de trasmisión de los caracteres hereditarios en el curso de las generaciones y en el interior de un mismo organismo.

Este tema, apenas señalado por la generalidad de los tratadistas, merece en verdad ser objeto de atención más preferente por aquellos que, en el estudio de los tejidos, pretendan encontrar una fuente de conocimientos positivos acerca de los procesos de orden normal ó patológico que en ellos se desarrollan.

Mientras el estudio de la herencia se vió reducido á la indagación de los caracteres macroscópicos con que sus manifestaciones se traducen, fué él con demasiada frecuencia, tema de exposiciones que por su brillo aparente, pero escaso fondo de doctrina, entraban de lleno en el terreno de la literatura médica.

Mucho han variado á ese respecto nuestras tendencias científicas de acuerdo con el dominio siempre creciente que en el terreno de la Biología tiende á imponer la explicación puramente mecánica de los fenómenos orgánicos.

Los incesantes progresos de la óptica microscópica y de la técnica histológica han sido aquí, como en muchas otras regiones de la ciencia médica actual, los que, en manos de observadores eminentes, han permitido plantear el asunto en el terreno de la ciencia positiva.

Por eso notamos ya en algunos autores modernos de histología, la tendencia á establecer la fusión de estos dos temas no ha mucho desligados: la herencia y la fisiología de la célula. Testigo de ello es Hertwig, que en su obra «La célula y los tejidos» (1), dedica todo un capítulo al estudio de dicho problema.

Nada más injusto en efecto ni más desprovisto de fundamento, que la tendencia á alejar sistemáticamente de la fisiología humana, el estudio de estas cuestiones que, como todas las relativas al origen y descendencia de las estructuras orgánicas, son estudiadas con interés tan palpitante en las demás ramas de la ciencia biológica.

En las breves consideraciones que voy á exponer no tendré en vista la exposición de las conclusiones á que he llegado en la mencionada tesis; su utilidad sería entonces más que discutible. Ellas servirán más bien á manera de apéndice de aquélla, y podrán utilizarse para confirmar ciertos asertos y disipar ciertas dudas en ella señaladas, con lo que ganarán quizá en armonía algunos de sus principales puntos de vista.

El hecho histórico que mayor influencia ha tenido para impulsar al mundo científico en el estudio del rol que cabe á las diferentes partes de la célula en los procesos formativos y reproductivos que en los seres organizados intervienen, ha sido sin duda alguna el descubrimiento de los fenómenos íntimos que actúan en el momento de la fecundación.

El señala el punto inicial de los estudios que proseguidos

---

(1) *O. Hertwig.* Die Zelle und die Gewebe Jena, 1893, pág. 267.

más tarde, nos han demostrado cuán lejos es llevada la división del trabajo en el interior de la célula.

En su escrito «Sobre la formación, fecundación y división del huevo animal», estableció O. Hertwig por primera vez (1875), basándose principalmente en sus observaciones hechas en huevos de equinodermos, la siguiente tesis no refutada más tarde: *la fecundación reposa en la fusión de los núcleos diferenciados de las células sexuales.*

A nadie se ocultará desde luego su importancia para nuestro asunto, pues si es cierto que en el momento de la fecundación tiene lugar la trasmisión de los caracteres hereditarios, debe tener lugar esta misma por intermedio de los núcleos celulares; la nucleina sería entonces en una palabra la materia de la herencia, el *idioplasma* de Nægeli.

Esta conclusión ha sido confirmada por una serie de hechos de cuyo estudio detallado no podemos ocuparnos y de los cuales son los más importantes los siguientes:

La isotropía del huevo.

La equivalencia de la masa hereditaria masculina y femenina.

La existencia de procesos que impiden que en el acto de la fecundación, se sumen las masas y capacidades hereditarias.

La distribución homogénea en lo cuantitativo, de la masa hereditaria que va multiplicándose en el interior de las células que derivan del huevo fecundado.

Si tratamos de investigar ahora por qué mecanismo, por intermedio de qué fuerzas llega la sustancia nuclear contenida en el óvulo fecundado á desarrollar las tendencias hereditarias en la edificación del nuevo ser, notaremos desde luego que todo carácter morfológico como toda capacidad funcional, puede en último análisis referirse á estos dos factores: *a*) la estructura y funciones acordadas á cada especie celular; *b*) las divisiones á que cada elemento anatómico puede dar origen, y la disposición ó agrupación típica que sus productos asumen.

En lo que se refiere al primer punto son interesantes las nociones que acerca de las funciones de la célula nos entregan

los estudios más modernos, en tanto que nos muestran la dependencia en que se hallan todos los procesos formativos y nutritivos en relación á la actividad del núcleo celular. La definición exacta de esta dependencia no es posible en el momento actual, pero sobre su realidad no puede caber duda.

En el terreno de la fisiología del núcleo celular merecen recordarse como realmente curiosas, las investigaciones establecidas por Korschelt (1) en regiones las más desemejantes del reino animal, demostrando la existencia de una verdadera correlación entre la situación de la vesícula germinativa y la forma en que tienen lugar los procesos celulares nutritivos y de desarrollo.

Son en efecto los huevos, células en las cuales la agregación de materiales de reserva y por lo tanto la asimilación se señala de un modo particularmente manifiesto. Ahora bien, se ha observado que tanto en ellos como en los elementos anatómicos afines, el núcleo ocupa con casi absoluta generalidad el sitio más próximo al punto de la superficie en que son más enérgicos los procesos de agregación y desagregación molecular.

Sabiendo, pues, que en la mayor parte de los animales se nutren los huevos por intermedio del epitelio folicular, no nos extrañará que las investigaciones de Korschelt hayan establecido, que sus núcleos se hallan en los insectos, inmediatamente aplicados á la superficie del huevo, mientras dura la formación del vitelo y del corión, retirándose por el contrario al medio de la célula una vez terminada la constitución de este último.

Igualmente característicos son los fenómenos observados en las células propiamente germinativas de los ovarios tubiformes de los insectos, divididos como se sabe en ovógenos y vitelógenos. La vesícula germinativa se halla en efecto en el interior de estos huevos, en el sitio más próximo posible al *vitellarium*; á veces muestra una conducta más interesante, y actuando á la manera de una amiba, lanza prolongamientos pseudo-pódicos, que aumentan su superficie en el lado en que es más enérgica la agregación de los numerosos gránulos, que le abandonan las células nutricias.

---

(1) *Korschelt*. Beitrage zur Morphologie und Physiologie des Zellkerns. Zool. Jahrbücher Abth f, Anatomie, Bd. IV, 1889.

Sumamente interesante es también lo que sucede en los voluminosos núcleos de ciertas células (llamadas *células dobles*), destinadas en las especies Ranatra y Nepa á la producción de secreciones quitinosas destinadas al corión de sus huevos: durante la secreción, dichos núcleos envían en dirección al huevo, numerosos y finos prolongamientos que les dan un aspecto sui géneris.

En otro grupo más inferior de invertebrados, los celenterados, se observan hechos en un todo análogos. En una parte de ellos en efecto, los huevos toman su origen en el endodermo, y son nutridos por intermedio de las restantes células de éste, con el contenido de la cavidad gastro-vascular; las vesículas germinativas se hallan entonces en dirección á ésta, inmediatamente aplicadas á la membrana celular.

Existe en los huevos de muchas actimias un aparato nutricio especial, consistente en un prolongamiento pediculado de estructura regularmente fibrilar, que llega hasta la superficie misma del epitelio intestinal: inmediatamente aplicada á la base de este pedículo, se halla la vesícula germinativa correspondiente.

Hemos creído prudente fijar la atención del lector sobre estas investigaciones porque ellas vienen á dar un manifiesto apoyo á las consideraciones que desarrollamos en los capítulos III y IV de la segunda parte de nuestro citado trabajo.

De ellos y de las investigaciones de Haberlandt que muy luego mencionaremos brevemente, se deducen las siguientes conclusiones que Hertwig (1) hace suyas:

1) « El hecho de que el núcleo sólo ocupe ordinariamente una posición definida en las células jóvenes en vías de desarrollo, demuestra que su función coincide principalmente con los procesos de desarrollo de las células en cuestión (Haberlandt).

2) De la forma de su situación debe concluirse que el núcleo juega un rol determinado en el crecimiento de la célula, especialmente en el crecimiento en espesor y en superficie, de la membrana celular. Con esto no se halla excluido que

---

(1) *O. Hertwig*, loc. cit., pág. 263.

él tenga eventualmente que llenar aún otras funciones en la célula adulta (Haberlandt).

3) El núcleo toma parte tanto en la excreción como también en la asimilación nutritiva de la célula. No sólo se pone esto de manifiesto por la situación de aquél sino también porque el núcleo puede aumentar su superficie en dirección al sitio de la excreción y del aporte nutritivo lanzando numerosos prolongamientos.»

En lo que á la experimentación en infusorios se refiere, han intervenido también nuevos trabajos que completan los de Gruber y Nussbaum, citados en nuestras tesis, que presentaban al núcleo como el factor prepotente del crecimiento y facultad regenerativa en dichos organismos. Las investigaciones de Verworn y Hofer (1) han establecido de nuevo que sólo las fracciones nucleadas pueden regenerar los órganos perdidos y completar el organismo mutilado: las partes anucleadas, aún de mayor volumen respecto á las anteriores, arrastran sólo una vida ficticia que puede durar hasta 14 días y concluyen por desorganizarse.

En cambio existe al parecer cierta independencia entre el núcleo y los procesos celulares motrices, en algunas especies dotadas ó no de órganos locomotores especiales; tales son los movimientos vibrátiles de las pestañas ó cilias de Lacrymaria y Stylonichia y los movimientos amiboideos de Diffugia, que son observados aún en fracciones anucleadas; tales también los vacuolos contráctiles de muchos protistas que continúan en ellas sus movimientos ritmicos aún después de varias semanas.

En las amibas empero, pudo constatar Hofer que en las porciones anucleadas, una vez pasado el primer período de excitación causado por la operación que las constituye, se manifiesta de un modo patente la ausencia de la facultad reguladora de sus movimientos, que á no dudarlo reside en el núcleo. Así, en tanto que las porciones nucleadas continúan sus movimientos amiboideos á la manera de un orga-

---

(1) *Hofer*. Experimentelle Untersuchungen über deu Einfluss des Kerns auf das Protoplasma. Jenaische Zeitschrift f. Natwuvissenschaft Bd. XXIV.

nismo normal, las porciones anucleadas quedan aglomeradas en forma de corpúsculos redondos que sólo de vez en cuando, y después de pausas que á veces duran días enteros, ejecutan movimientos anormales á manera de sacudidas; no adhieren tampoco al fondo del vaso que las contiene y flotan al más mínimo choque que se les imprime.

Los procesos de digestión de estas fracciones se alteran también de un modo notable en ausencia del núcleo, disminuyendo tanto la rapidez como la intensidad con que son agregados á la masa total los pequeños infusorios, rotíferos etc., que en su nutrición emplean.

Un procedimiento ingenioso ha hecho su entrada en este género de experimentaciones y es el fraccionamiento de células vegetales por plasmolisis en una solución de azúcar á 16 %. Operando en estas condiciones en filamentos de Spirogyra, Klebs (1) pudo descomponer las células en una porción nucleada y varias anucleadas.

Las partes anucleadas (cuya vida llega á veces á prolongarse hasta seis semanas), no pueden formar membrana celular, no se engrosan, y permanecen completamente esféricas; las fracciones nucleadas en cambio *continúan creciendo y se rodean de una membrana celular* fácilmente demostrable con el rojo del Congo. Toda fracción anucleada conserva la capacidad de formar celulosa, por la existencia tan sólo de un fino puente protoplásmico que la una á la fracción nucleada. Continúan sin embargo en todos los casos algunos procesos de asimilación como los que en la banda clorofilica dan origen á los granos de almidón, almacenándose más bien éstos por la exposición á la luz, de un modo más abundante en las porciones anucleadas, debido quizá á la ausencia de las restantes funciones que reducen al mínimum su consumo vital.

A iguales resultados ha llegado el autor citado en Vaucheria y Funaria hygrométrica con la siguiente diferencia para esta última, que si bien sus porciones anucleadas pierden por completo los granos de almidón por permanencia largo

---

(1) *Klebs.* Ueber deu Einfluss des Kerns in der Zelle Biolog. Centralbl. Bd. VII, 1887.

tiempo continuada en la oscuridad, no son capaces de regenerarlos, no obstante que su vida suele prolongarse hasta seis semanas.

Venimos ahora por fin á las investigaciones de Haberlandt en el reino vegetal (1) siempre propicio al histólogo por la limitación clara y volumen considerable de sus elementos anatómicos.

En algunas algas plurinucleadas como Vaucheria se presentan con motivo de ciertos hechos que podríamos llamar de orden *patológico*, fenómenos análogos á los que han sido señalados en ellas, en ocasión de la formación de los zoosporos por renovación total: nos referimos á su proceso de cicatrización.

En el protoplasma que se reune entonces en el sitio de la herida, aparecen numerosos pequeños núcleos que se aproximan á la superficie en tanto que los cloroleucitos son rechazados en el sentido precisamente opuesto (Haberlandt). No puede pues pensarse en este caso que sea el protoplasma el que arrastre tras sí de un modo pasivo á los núcleos en cuestión, porque todas las influencias mecánicas tienden más bien á llevar á la superficie á los cloroleucitos de volumen mucho menor, y que tan fácilmente cambian de lugar bajo la influencia de la luz.

Por lo demás, aún en estado normal, los puntos vegetativos de mayor crecimiento en estas algas, coinciden con una aglomeración de núcleos inmediatamente aplicados á la membrana celular y á los que sigue una capa de cromatóforos, en disposición precisamente opuesta por lo tanto á la que ocupan en todo el resto del filamento.

Veremos por consiguiente, dice Haberlandt, «que los núcleos celulares y los granos de clorófila muestran determinadas variaciones de lugar independientes unas de otras, que, supuesto que ellas se verifiquen de un modo pasivo, en ningún caso pueden ser influenciadas por los movimientos del plasma granuloso total. Dado pues, que el plasma eviculante

---

(1) *Haberlandt*. Ueber die Bezehungen zwischen Function und Lage des Zellkerns bei den Pflauzeu Jena 1887. Cit. por Hertwg.

establece hasta cierto punto una determinada elección en las inclusiones que conduce, arrastrando en un caso el núcleo celular más grueso y abandonando los cromatóforos más pequeños que éste, mientras que en otros desaloja de nuevo á los cromatóferos y deja intactos á los núcleos celulares de tamaño igual ó á veces aún más pequeño, debe entonces tomarse esta diferencia de los fenómenos motrices en el sentido de que *la disposición de los cromatóforos en cada caso, se halla adaptada á la función del núcleo.*»

No es aquí sin embargo donde reside principalmente el interés de las investigaciones que Haberlandt ha instituido sobre las funciones del núcleo, sino en la parte que se refiere al sitio que éste ocupa en el interior de las células vegetales jóvenes, mientras dura su crecimiento y desarrollo. Este sitio coincide en general con el punto en que es más rápido ó se continúa más largo tiempo el movimiento nutritivo, especialmente en lo que se refiere á la secreción de la membrana de celulosa.

En lo que se refiere por ejemplo á las células que constituyen los pelos aéreos de las plantas, ha establecido Haberlandt que su crecimiento es basípeto ó intercalar, por mediciones apropiadas: el núcleo se halla también situado precisamente en la base del pelo, en el punto vegetativo secundario en que persiste más largo tiempo el crecimiento longitudinal.

En los pelos radicales ó subterráneos tiernos es en cambio apical el crecimieuto, y apical la situación del núcleo, que sólo se aleja del vértice una vez terminado el crecimiento.

Por último, en algunas especies (Brassica oleracea) en que los pelos suelen ser ramificados, ocurre á menudo que el núcleo se ve rechazado al vértice de una de las ramas: las otras ramas cesan de crecer, mientras aumenta invariablemente en longitud y riqueza en protoplasma la rama nucleada. Es lo que también ocurre en los ifos polinucleados de Saprolegnia en que la formación de vainas laterales se verifica siempre sobre un núcleo situado en la proximidad más inmediata de la pared.

No menos interesantes son las observaciones que Haberlandt ha practicado en los espesamientos celulósicos que robustecen muy á menudo la pared externa ó interna de las células epidérmicas vegetales, hallándose entonces aplicado

el núcleo á la cara correspondiente de la membrana, en su punto medio.

Por último, si existe más de un sitio preferido por el crecimiento, el núcleo ocupa una posición tal, que su alejamiento de los más importantes puntos vegetativos sea casi igual. Es lo que sucede en los pelos estrellados unicelulares, en que el núcleo ocupa el punto medio de la ramificación, no abandonándolo hasta que concluye el desarrollo.

Vemos pues, como es un hecho fuera de duda, y que por lo demás tiende á ser admitido con generalidad entre los autores que de anatomía microscópica se ocupan, el rol preponderante que juega el núcleo celular, determinando y dirigiendo las capacidades funcionales todas y caracteres morfológicos, que en el curso de la embriogénesis dan su sello específico á las diversas formas celulares que en ella intervienen.

Sujeto más delicado y sometido al azar de interpretaciones diversas ha sido en cambio el estudio de las causas que determinan la agrupación típica y disposición topográfica que en el seno de los tejidos adoptan los elementos anatómicos.

Es tan grande á veces la fijeza que esta distribución asume para determinadas especies celulares, y tan estrecha su conexión con el modo de ser de sus organismos elementales, que ella se manifiesta aún evidentemente en los estados llamados *patológicos*, en que las edificaciones celulares, en razón misma de las causas que los determinan, se alejan cuanto es posible del esquema ordinario ó fisiológico.

Es así, que en las neoformaciones conocidas con el nombre de *tumores*, las células en su modo de distribución, en la forma de sus colonias desarrollan todavía á las claras, como hace notar Bard, sus costumbres atávicas primitivas, tendiendo por ejemplo á disponerse en napas, en filas, en tubos ó en acini, según las modalidades constructivas que manifiestan en estado normal.

Se hace necesario pues buscar en algo estable y no antojadizo, la razón de ser del aspecto topográfico de los tejidos.

Los diversos estudios que desde el descubrimiento de los fenómenos Rarskinéticos hasta nuestros días, se han sucedido sin tregua, han establecido definitivamente como fin pri-

mordial y único de toda división celular, la bipartición de la masa y cualidades formativas de esos pequeño órganos celulares que recibieron de Waldeyer el nombre de *cromosomas*.

En nuestro trabajo inaugural (pág. 118 y sigs) hemos tratado de exponer cómo actúa la orientación en el espacio de los planos de segmentación celular, para determinar la distribución topográfica de los elementos anatómicos; no volveremos pues sobre el particular.

¿Pero es acaso otro que la formación del huso nuclear, el hecho morfológico que establece en la célula la determinación del plano de segmentación?

Necesario se hace pues que establezcamos una vez por todas si en su formación este huso se halla sometido sólo á fuerzas dependientes del núcleo, ó si éstas deben localizarse en el protoplasma ú otro cualquier órgano de la célula.

Ha sido este tema en los últimos tiempos, sujeto de instructivas discusiones especialmente en lo que se refiere al rol que ha debido atribuirse á esos pequeños corpúsculos incoloros titulados *centrosomas*, que situados en ambos vértices del huso nuclear acromático, parecen dirigir el movimiento que en sentido opuesto arrastra á los segmentos nucleares ó cromosomas en el curso de la Kariokinesis.

(*Continuará.*)

Asamblea científica del Círculo Médico Argentino

SESIÓN DEL 14 DE AGOSTO

La hidroterapia en las neumonías infantiles

DR. MARTÍNEZ (BENJAMÍN). — Á medida que el uso de los vejigatorios ha ido perdiendo de más en más el terreno que poseía, falsamente adquirido, en el tratamiento de las neumonías infantiles, la hidroterapia por el contrario ha seguido ganándose adeptos, hasta constituir hoy un medio indispensable de curación, para la mayor parte de los médicos pediatras.

Efectivamente, la sustitución se ha hecho por completo. Antes no se concebía un tratamiento racional de un neumónico si en primera línea no se colocaba el revulsivo; hoy ningún neumónico está bien asistido si no se le baña.

Soy de los que opinan que con esta sustitución mucho se ha adelantado.

Es innegable que los vejigatorios en las neumonías, carecen por completo de acción sobre los procesos inflamatorios, aumentan considerablemente la agitación febril, exponen á graves complicaciones renales que tienen funestas consecuencias, puesto que dificultan la eliminación de los principios tóxicos de que el organismo se encuentra saturado y oponen un obstáculo á la aplicación de los medios refringerantes externos. Mientras que los baños y aplicaciones de compresas refrigerantes actúan sobre el movimiento febril, limpian la piel y estimulan la transpiración cutánea tanto más necesaria cuanto que los órganos respiratorios se encuentran comprometidos en sus funciones, provocan una abundante diuresis, necesaria también para la eliminación de las toxinas antes invocadas, y á más obran como tónicos del sistema nervioso.

Dicho esto, ocupémonos ahora de la hidroterapia, analizando los baños fríos, baños tibios y compresas refrigerantes, en el tratamiento de las neumonías infantiles.

Hace cuatro años próximamente, que comencé, inducido por las razones antes enumeradas, á hacer uso del baño tibio á una temperatura inferior en tres grados á la temperatura que el enfermo presentaba en el momento de bañársele. Y recuerdo aún, que en esa época, tuve en asistencia una niñita de dos años próximamente, que veíamos en consulta con un viejo y querido profesor de nuestra escuela, hoy fallecido, y un médico extranjero. Recuerdo también el trabajo que me costó hacer triunfar la idea de bañar á nuestra enfermita, y después de agotados los argumentos de orden científico se me dijo: «Creemos como Vd., que el baño no puede producir perjuicio alguno, pero pienso que si la niña fallece, sobre nosotros caerán las inculpaciones y ante la vista de la familia quedarán los baños como culpables de su muerte.»

A pesar de todo, ese mismo día se dió comienzo á los baños

y creo que fué mediante esa intervención que muy pronto vimos á nuestra enfermita curada (1).

Bien, pues; desde entonces acostumbro dar baños tibios á mis enfermos de neumonia y cada día recojo mayores convicciones respecto á su bondad curativa.

Acostumbro hacerlos baños dos y tres veces al día á una temperatura de tres ó cuatro grados inferior á la temperatura del enfermo, y esto durante toda la enfermedad, obteniendo con este proceder resultados satisfactorios.

Primero, por el descenso de la temperatura, que en muchas ocasiones es digna de ser considerada, puesto que son tan frecuentes las hipertermias en la niñez; segundo, como un medio de favorecer la diuresis y con ella la eliminación por las orinas de las toxinas ó leucomainas de origen pneumocócico, y luego por la acción estimulante de la piel y tónica del sistema nervioso, siempre que la duración del baño se limite á cuatro ó cinco minutos, pues es sabido que en mayor tiempo producen por el contrario efectos sedativos. Según Zawadzki, activan también la nutrición general.

Últimamente he ensayado también los tan preconizados baños fríos propuestos por Jürgensen en los niños neumónicos, y declaro firmemente que en mis pocas observaciones no he podido notar las ventajas de estos últimos sobre los anteriores, resolviendo quedarme con los baños tibios no sólo por espíritu de consecuencia, sino porque los reputo más inócuos.

En la Sociedad Médica de los Hospitales de París (sesión del 9 de Junio del corriente año) el Dr. Comby ha presentado una estadística de 31 niños afectados de neumonía y de los que 15 fueron tratados por los baños fríos y los otros diez y seis no.

Resultado: de los 15 tratados por los baños fríos, la defervescencia se produjo en 5 antes del séptimo día (defervescencia precoz) y en 9 después del séptimo día (defervescencia tardía) y un caso terminó por la muerte.

---

(1) Recuerdo este caso únicamente para demostrar cuáles eran las preocupaciones existentes en una época próxima, no solamente en el vulgo sino aún entre los médicos, con respecto al hecho de bañar los niños neumónicos.

En los 16 no bañados ha visto 9 casos de defervescencia precoz y 7 de defervescencia tardia, sin ningún muerto.

De donde se deduce, que es preferible no dar baños fríos á los niños neumónicos.

Esto que costaria tanto hacerles declarar á Comby y Sevestre, como á otros partidarios de los baños fríos, voluntariamente, lo declararia yo aún careciendo de la autoridad cientifica que se me exigiria.

Una antipiresis tan enérgica como la producida por los baños fríos, solamente se explicaria en casos de una gravedad en los que predomina una hipertermia considerable, continua y acompañada de desórdenes intelectuales y de importantes trastornos en el funcionamiento pulmonar, y en estos mismos casos los baños tibios ó las compresas frías llenarian el objeto buscado. Pero no hacer uso de los baños fríos como medio corriente y necesario, tanto más cuanto que hay multitud de neumónicos que curan espontáneamente y sin ningún tratamiento.

Por otra parte, la submersión en el agua fría, produce fuerte impresión en el sistema nervioso central, que se manifiesta por repercusiones en el funcionamiento respiratorio y circulatorio. Estas impresiones pueden fácilmente dar lugar en los neumónicos á síncopes cardíacos mortales, producto del sacudimiento que recibe un órgano como el corazón que aunque no directamente afectado, se encuentra sosteniendo una lucha tenaz, con el obstáculo mecánico que le presentan los pulmones inflamados (Hayem).

Es por estas razones que miro con el más grande recelo el uso de los baños fríos en los neumónicos y guardo la firme convicción de que muy pronto su uso será desechado de la práctica corriente.

No puedo decir otro tanto de las aplicaciones de compresas frías que circundan la caja torácica y que son cambiadas cada hora ó más frecuentemente si el caso lo requiere, puesto que su acción es más limitada y constante, pero debo declarar que no poseo gran experiencia al respecto.

Conozco partidarios entusiastas de esta medicación, de la que con tanta frecuencia nos habla el Dr. Baginski en su libro sobre enfermedades de los niños, y uno de ellos es el actual presidente del CÍRCULO MÉDICO, quien posee gran número de

observaciones interesantes y por más de un concepto ilustrativas.

Quiero hacer presente sí, que aparte de no adjudicarle mayores ventajas que á los baños tibios, adolecen del inconveniente de la incomodidad que proporcionan, por el frecuente cambio de las compresas, incomodidad que perjudica al niño enfermo en los incesantes movimientos y cambios de posición á que fatalmente tiene que estar sujeto.

Si á esto se agrega la inhabilidad de los encargados de efectuar la medicación, creo que muy bien harían en preferir los baños generales, que ofrecen la ventaja de dejar plazos de reposo á enfermitos que tanto lo necesitan.

Sin embargo, fisiológicamente á las aplicaciones frías limitadas, no se les puede hacer las objeciones que se refieren á los baños fríos generales.

1º Porque la acción de éstas sobre el corazón, es en la mayor parte de las veces nula ó muy poco marcada, mientras que los baños fríos producen contracciones precipitadas é irregulares, con pulso filiforme y aumento de la presión arterial, en contraposición á la ley formulada por Marey.

Según Delmas, los baños fríos producen un estado tetánico pasajero del corazón, con desaparición por un instante del pulso radial.

2º Tampoco las aplicaciones limitadas frías, modifican el ritmo respiratorio normal; mientras que los baños generales hacen irregulares los movimientos respiratorios, pudiendo llegar hasta la opresión ansiosa.

Se les inculpa sí, á las aplicaciones frías, de producir por acto reflejo la contracción y disminución de volumen de los riñones, lo que trae aparejada una anuria pasajera.

Pero creo que no debe dársele mayor importancia, por el hecho mismo de ser su acción momentánea y de ninguna manera semejable á la que produce la cantárida absorbida, por su acción directa sobre el epitelio renal.

Es indudable, á mi juicio, que las aplicaciones locales, no producen la acción diurética tan marcada de los baños generales. Acción tan importante, vuelvo á repetirlo, en la neumocoxis, como en todas las demás enfermedades febriles, en las que la cantidad normal de orina eliminada se encuentra siempre considerablemente disminuida.

Dr. Araoz Alfaro. — Debo hacer algunas observaciones

á la comunicación que acaba de leer el Dr. Martínez, ya que mi distinguido colega me ha hecho el honor de citar opiniones mías.

No me parece justificado el tratamiento sistemático de las neumonias infantiles por los baños tibios; aparte de los inconvenientes de su aplicación constante y de las resistencias de las familias á que se ha hecho ya referencia, es preciso confesar que el medio indicado no parece necesario en muchos casos. Sin duda, él no puede ser nocivo y algún efecto útil podrá tener aunque no fuera más que excitar los movimientos respiratorios y las funciones de la piel y los riñones, pero estas ventajas son muy débiles en la mayoría de los casos.

En cambio, el Dr. Martínez me parece demasiado severo con los baños fríos. Encuentra injustificado su uso sistemático, en lo cual lo acompaño, pero si he entendido bien á *Jürgensen*, este clínico preconizó los baños fríos no para todos los casos, sino para aquellos en que hay hipertermia. Ahora bien, en este punto, los diversos observadores están de acuerdo: en los casos de temperaturas muy elevadas y sostenidas, no hay antipirético que pueda reemplazar á los baños fríos porque ninguno tiene como él una acción tónica general ni estimula como él el sistema nervioso y la diuresis. Respecto á que el estado del corazón puede contraindicar su empleo, ya lo había dicho el mismo Jürgensen, estableciendo que no debía recurrirse á este medio cuando hubiera una depresión cardíaca muy acentuada; aún en los casos en que tal estado no existe, recomienda estimular la acción del corazón, antes y después del baño, por algunos tragos de un líquido alcohólico.

En cuanto á la envoltura hidropática fría del tórax, creo que es un gran recurso en las broncopneumonías infantiles; la he usado ya muchas veces para haberme convencido de su eficacia; baja la fiebre, disminuye la dispnea y combate los fenómenos congestivos.

A su aplicación se oponen también los prejuicios de las familias, pero se salva con frecuencia este inconveniente siguiendo el consejo muy práctico de un médico norteamericano cuyo nombre no recuerdo en este instante: agregar una pequeña cantidad de vinagre aromático ó de

un alcoholado cualquiera (melisa ú otro), al agua que ha de servir. Así lo he hecho yo, utilizando agua á 25° C. un poco alcoholizada.

El inconveniente, señalado por el Dr. Martínez, de la renovación frecuente de la envoltura, no es grave si se coloca por encima de la capa de algodón embebida de líquido un tejido impermeable cualquiera; sólo que la temperatura del enfermo sea muy elevada habrá que renovarla antes de una hora ú hora y media. En cambio, su aplicación es menos molesta que la de los baños tibios sistemáticos que deben repetirse varias veces por día.

Las franelas ó compresas empapadas en agua hirviendo y bien exprimidas, deben reservarse para los casos en que desee producirse una acción revulsiva enérgica, en la iniciación de las inflamaciones del aparato respiratorio, sobre todo de las bronquiales.

Dr. Martínez. — Debo ratificar mi anterior afirmación respecto de la utilidad de los baños tibios como tratamiento sistemático; creo que bajan la fiebre, estimulan el organismo (si son cortos), y facilitan la expulsión de las toxinas microbianas por la orina. No veo, en una palabra, más que ventajas y no les reconozco ningún inconveniente.

Dr. Araoz Alfaro. — No es que yo crea que tiene inconvenientes serios este modo de tratamiento; aún acepto que á pesar de sus pequeñas incomodidades, deba aplicarse á la mayoría de los casos comunes.

Pero creo que, en casos de hiperternia no pueden bastar porque baños tibios necesitan ser largos para bajar la temperatura y en ese caso son un poco deprimentes; entonces deben, pues, ceder el lugar á los baños templados ó aún fríos ó á la envoltura hidropática fría que, cuando se hace alrededor de todo el tronco, desde las axilas hasta las caderas, sustrae calórico de un modo bien apreciable, teniendo la ventaja de obrar muy útilmente sobre los fenómenos locales.

En todo caso, los baños y la envoltura hidropática pueden y deben combinarse en muchas ocasiones.

La génesis de los sonidos y soplos del corazón

El Sr. Presidente hace presente que el Dr. Dávison no podrá llegar, según ha comunicado, hasta un poco tarde. Entretanto, y no siendo posible esperar más, los señores socios que deseen objetar la comunicación del expresado colega en la sesión anterior, pueden hacerlo (1). Sus observaciones constarán por escrito y el Dr. Dávison podrá hacerse cargo de ellas más tarde si llega ó en la próxima asamblea.

Dr. Lucero. – Manifiesta que las objeciones sugeridas por la conferencia del Dr. Dávison son de tal naturaleza, que es lamentable la ausencia del conocido cardiopatologista; pero que confía en la publicación del acta para presentarlas sin reparo,

Estas objeciones se refieren no sólo á las experiencias realizadas en la anterior asamblea, por el Dr. Dávison, sino también á la aplicación de sus conclusiones en el terreno de la fisiología. Así, no le parece aceptable la experiencia capital con que el conferenciante pretende combatir los datos adquiridos y las opiniones más generales sobre las causas del cierre de las sigmoideas y del segundo tono cardíaco.

Esta experiencia, en efecto, no se cumple en condiciones que permitan compararla con el fenómeno normal. Ha sido practicada por primera vez por Rouanet, con la diferencia de que en lugar de ligar la aorta á poca distancia de su origen, este fisiologista la ponía en comunicación con un tubo de vidrio, donde se formaba una columna líquida deplasable, cuya resistencia se aproxima mucho más á la determinada por la columna sanguínea que la resistencia fija é invencible producida por la ligadura. Fuera de esto, el Dr. Dávison reemplaza el sístole ventricular por la compresión brusca de una jeringa de goma; cuando se sabe desde Landois que el sístole ventricular es lento y se efectúa en tres tiempos; circunstancia que, con la anterior, invalida el experimento aún en sus propios términos, que no llegan á probar que la clausura sigmoidea no sea producida por la presión retrógrada

(1) Publicada en el núm. del 31 de Julio de estos Anales

de la columna de sangre; pues, si bien es cierto, que la ligadura «prohibe la presión negativa del nuevo movimiento de la columna de sangre», es igualmente cierto que la ligadura forma un fondo de saco, próximo y opuesto al orificio arterial, donde se refleja el chorro de líquido ó de aire que lanza la jeringa, para obrar sobre la superficie arterial de las válvulas.

Ahora pasa algo raro en la argumentación del Dr. Dávison cuando quiere eliminar de las causas de la clausura sigmoidea el retorno elástico de la pared arterial: después del experimento en que cree inmovilizar la pared de la aorta cosiendo un trapo á su rededor, afirma que el trapo «prohibe el retorno posible de la pared arterial» y más adelante él mismo reconoce que, si bien este trapo «prohibe la distención de la aorta desde su nivel arriba, «la inyección de líquido, aunque incapaz de distender esta «parte de la arteria, distiende, sin embargo, la parte de «abajo, es decir, esa parte inmediatamente detrás de las «válvulas». Y así, sucede que el Dr. Dávison, para anular este factor etiológico y probar el papel exclusivo de la acción del líquido según la ley de Pascal, recurre á él para hacer posible el cumplimiento de esta ley física que nadie ha discutido; para llegar después de un análisis muy simple á dar por demostrado, con su experimento, que «las «válvulas sigmoideas son cerradas *directamente* por la «contracción ventricular».

Claro está que no es posible admitir semejantes experiencias en la explicación del segundo tono cardíaco, pues no se ha de resolver esta delicada cuestión de fisiología con elementos tan primitivos como los empleados por el Dr. Dávison y con el olvido deplorable del método gráfico y de los demás procedimientos finísimos que se usan en la investigación fisiológica. Así, aún admitiendo las experiencias accesorias del Dr. Dávison, el sólo examen teórico basta para condenar su hipótesis sobre la producción del segundo tono. Según ella, este tono se produce porque «la oclusión súbita de las válvulas, te«niendo lugar al tiempo en que una corriente de agua «está pasando desde el ventrículo á la aorta, obliga á «esta corriente á golpearse contra la superficie ventri«cular de las válvulas». El segundo tono sería por tanto

post-sistólico, y si se admitiera la explicación clásica del primer tono, el pequeño silencio se acortaría hasta hacerse imperceptible casi; ó bien, admitiendo la explicación del Dr. Dávison para el primero, sería casi igual al gran silencio, todo lo cual está en contradicción con la observación más elemental.

Ocupándose del primer tono, dijo que era condenable la facilidad con que el Dr. Dávison exceptuaba la posibilidad de que el ruido muscular interviniera en su formación; pues si bien, Marey ha demostrado que la contracción cardíaca no consiste en una serie de sacudidas fusionadas, como la contracción de los músculos ordinarios, sino en una sacudida simple, Wintrich ha aislado por medio de resonadores dos sonidos en el primer tono: uno agudo y breve, valvular, y otro largo y grave, que corresponde al ruido muscular; fuera de que este tono persiste en el latido cardíaco de los perros curarizados á pesar de que el corazón está sin sangre y de que, por lo tanto, la tensión de las válvulas aurículo-ventriculares no puede tomarse en cuenta. Esta misma experiencia de Beaunis destruye la hipótesis que presenta el Dr. Dávison, sobre el primer tono, apoyado en una interpretación equivocada de una experiencia de Baumgarten. Según él, el primer tono se forma por las vibraciones de la válvula mitral contra la cual golpea la onda de sangre lanzada por la contracción auricular.

Es fácil apercibirse de que esta hipótesis, demasiado atrevida, contraría todos los datos adquiridos en la fisiología del corazón: el primer tono sería presistólico y el gran silencio casi igual al pequeño, lo que nunca se ha observado en el corazón normal.

Naturalmente, la explicación que, basándose en estas explicaciones, dá el Dr. Dávison de los fenómenos de auscultación del corazón enfermo, es susceptible de iguales reproches: el primer soplo, sistólico, de los aneurismas de la aorta, no sería sistólico, sino post-sistólico á pesar de la observación diaria y de las demostraciones terminantes de los trazados de François Frank; y así de todos los demás.

El Dr. Lucero termina diciendo que juzga inútil hacer la crítica de detalle de la conferencia del Dr. Dávison.

Dr. Araoz Alfaro. — Yo lamento también que el Dr. Dávison no se encuentre presente, pero no debo dejar de hacer ciertas observaciones generales á su trabajo y otras particulares referentes á algunas de sus explicaciones.

La observación ó reproche general, es ésta: el Dr. Dávison se vale siempre de experiencias demasiado simples para demostrar hechos complejos y precisos; y digo *demasiado simples,* porque no es posible, en el estado actual del estudio fisiológico del corazón, hablar del tiempo en que tal tono ó ruido se inicia ó desaparece ó de que un tono precede ó sigue á una pulsación, etc., por la sola observación auditiva ó táctil. Es *indispensable* el empleo de los medios gráficos, del *cardiógrafo,*—único recurso que nos ha dado un poco de seguridad en la interpretación de los tonos y soplos cardíacos.

En cuanto á las objeciones particulares, el Dr. Lucero acaba de hacer algunas serias, a las cuales adhiero, sobre las experiencias concernientes al segundo tono más especialmente.

Es por eso que voy á limitarme más particularmente á la producción del primer tono. Como ya ha hecho notar el Dr. Lucero, el Dr. Dávison desecha muy ligeramente la parte que los fisiologistas conceden al ruido de contracción muscular en la producción del sonido aludido. Recordaré solamente, en contra de su opinión, que fisiologistas han aislado, por medio de resonadores de membrana, los dos elementos muscular y valvular, que constituyen el primer tono; recordaré igualmente que hace poco tiempo, *Krehl* ha repetido, en mejores condiciones, una experiencia de *Ludwig* en que, imposibilitando el funcionamiento de las válvulas aurículo-ventriculares, se oía solamente un murmullo sordo y prolongado, característico de la contracción muscular.

Pero aún aceptando que el Dr. Dávison tuviera razón en esa parte de su explicación, no sería posible admitir la génesis que atribuye al primer tono. Según él, es debido exclusivamente á un ruido determinado por el choque de la columna sanguínea en el momento de la contracción auricular. Ahora bien, esto es enteramente

inconciliable con todos los datos bien establecidos que tenemos respecto del momento en que el primer tono se produce y de su relación con los diversos accidentes de la curva cardiográfica, establecida sea en los animales, sea en el hombre y sobre todo en un caso de ectocardia, bien estudiado por François Frank sobre todo.

Se sabe que, auscultando el corazón al mismo tiempo que un cardiógrafo registra los latidos de la punta y percutiendo sobre otro tambor en el instante en que los ruidos principian y cesan, se ha podido fijar exactamente el momento de su producción y que la exactitud de esa determinación es tan grande que, para personas ejercitadas, el error puede no pasar de una centésima de segundo, como lo ha demostrado *Martius*. Pues bien, por este procedimiento enteramente riguroso y exacto, es fácil ver que el primer tono ni principia en el momento de la contracción auricular ni concluye con ella, como debería suceder según la explicación del Dr. Dávison. Por el contrario, el primer tono principia á oirse recién después del primer salto que, en la curva cardiográfica, denota la contracción auricular: mas aún, en vez de durar un corto tiempo, ocupa un largo espacio de tiempo mucho mayor que el en que dura el sístole de la aurícula. La demostración del error en que el Dr. Dávison ha incurrido no puede ser más clara.

Pero aún sin recurrir al estudio cardiográfico, puedo probar que su interpretación no es exacta. Más adelante, el Dr. Dávison al hablar del soplo de estrechez mitral, dice que es *presistólico* puesto que se produce en la última parte del paso de la sangre de la aurícula al ventrículo, en el instante de la contracción auricular. Ahora bien, como es éste también el instante en que, según él, el primer tono se produce, éste debería ser también *presistólico* y corto como aquél y no sistólico y prolongado como todos lo conocemos. El hecho que dice haber observado el Dr. Dávison de preceder el primer tono al pulso carotideo, fenómeno que ningún otro oído ha podido observar, pero sí los aparatos registradores enteramente rigurosos, no invalida mi objeción, porque este retardo es sumamente mínimo y se debe á que, realmente, la

sangre tarda un tiempo, mínimo es cierto, para llegar á la carótida y á que el primer tono se inicia no en el período de expulsión de la sangre sino en el de *cierre* valvular preparatorio. Si la explicación del Dr. Dávison fuera exacta, produciéndose el primer tono en el momento de la contracción auricular, él debería preceder enteramente, de un tiempo apreciable al oído, al choque de la punta y debería concluir pronto, como precede y concluye el soplo *presistólico* en el caso de estrechez mitral.

Por lo que se refiere al segundo tono, me limitaré á decir que el Dr. Dávison, pretende destruir, por una experiencia demasiado simple y de condiciones no enteramente iguales á las del fenómeno real, un hecho físico perfectamente establecido, á saber: que una membrana puesta en tensión súbitamente produce un sonido. Le sustituye, en cambio, una génesis física enteramente nueva y poco concebible.

La seroterapia en el tratamiento del cáncer

Se habla ahora bastante entre los médicos del tratamiento del cáncer por la seroterapia. Veamos cuál es su origen. Richet y Hericourt tomando como guia el tratamiento de las *enfermedades infecciosas*, especialmente de la difteria por la seroterapia, determinaron aplicar el método al tratamiento del cáncer y procedieron del siguiente modo: machacaron un osteosarcoma, separaron por filtracion grosera el jugo de la parte gruesa é inocularon con él un burro y dos perros; al cabo de dias sangraron el animal y con el suero practicaron inyecciones en dos enfermos afectados, *al parecer*, el uno de fibrosarcoma de la mama y el otro de cáncer del estómago.

Empezaron las experiencias el 12 de Marzo en uno de los tumores, y el 25 del mismo mes dicen: «el achicamiento del neoplasma era sensible y á los cuarenta dias del tratamiento quedaba reducido al tercio de su volúmen

primitivo y la enferma habia engrosado de una manera apreciable.»

Esta enferma no solamente ha mejorado con las inyecciones sino que segun afirman los autores ha sanado completamente.

El 6 de Abril se hacen las experiencias en el enfermo con cáncer y éste tambien mejora y aumenta de 57 á 60 kilos de peso en trece días; el neoplasma disminuye de volumen y el 20 de Abril no se lo aprecia como tumor aislado y prominente. La palpación de la región en que asienta da la sensación de un plano resistente, de un empastamiento.

Los dos casos *prueban* según Richet y Hericourt, que este método puede aplicarse no solamente á las enfermedades infecciosas cuyo microbio es conocido, sino tambien á aquellas, como el cáncer, cuyo origen microbiano es problemático; en ambos casos, repiten, la mejoría ha sido rápida, incontestable, sorprendente; y después, agregar por exceso de prudencia, si no habia un error de diagnóstico.

No obstante, sostienen que el suero anticanceroso ha curado un cáncer.

Séanos permitido hacer un examen crítico de las observaciones.

En el primer caso el tumor ha quedado reducido, al terminar las inyecciones, al tercio de su volumen primitivo; si es así, no se puede decir casi á renglon seguido que esté completamente curado y menos por tiempo durable, pues la observacion se ha hecho con tanta ligereza que aún el enfermo estaba en tratamiento cuando se dió cuenta del caso presentándolo como un éxito incontestable.

El segundo enfermo, con cáncer del estómago, adolece de falta de precision en el diagnóstico y en el resultado terapéutico por tratarse de un tumor que no está á la vista y del cual quedaba aun, cuando los experimentadores dieron cuenta de la observacion, un empastamiento, un plano resistente, alguna cosa de tumor. Es cierto que el estado del enfermo ha mejorado, pues en su historia se dice con precision lo que ha aumentado de peso, pero es seguro que al mismo tiempo de hacer las inyecciones se han preocupado del régimen alimenticio más de lo que se

acostumbra en enfermos de esta clase; eso es inevitable é inherente al deseo de obtener éxitos.

Se ve pues que hay falta de precisión en el diagnóstico, es escaso el número de enfermos sometidos á la experiencia, y corto el tiempo que se han mantenido en observación.

En suma, se han hecho experiencias al acaso, se ha procedido con toda ligereza y se llega á conclusiones que no son la verdad.

Esto por lo que respecta á los casos en particular.

En general, puede decirse que esta clase de experimentos carecen de base científica porque no se fundan en verdades adquiridas, ó mejor dicho, no hay principios en que fundarlos, falta el ambiente científico de donde surge todo descubrimiento aprovechable. En efecto, del cáncer no se conoce nada de etiología y patogenia, ni tiene tampoco semejanza con las enfermedades para las cuales se ha descubierto ó se está en vías de descubrir este nuevo recurso terapéutico, y es lo que han querido hacer valer los experimentadores como base de sus ensayos. Es, además, antinatural hacer la terapéutica del cáncer por este método, pues no se ha visto que ningún neoplasma dé inmunidad al individuo que lo lleva y todos ellos, los malignos, siguen su marcha en línea recta hacia la muerte.

Si se nos presentasen casos completamente sanos y por tiempo durable, y en los cuales la relación entre el tratamiento y el resultado terapéutico fuese manifiesta habría que, á pesar de todo, aceptar los hechos y buscarles su explicación; pero este no es el caso, y por el momento esperamos, como antes, el remedio del cáncer, porque, dicho sea de paso, las inoculaciones con suero estreptocóccico tampoco han dado resultados y están completamente desautorizadas.

Además de Richet y Hericourt, Gibier, de New-York, las ha ensayado en dos enfermos: uno con cáncer del cuello que se extendía hasta la faringe y que dificultaba la respiración y la deglucion; después de 10 inyecciones la deglución y la respiración se hicieron más fáciles y el neoplasma se reblandeció.

En el otro, con un cáncer del seno recidivado por tercera vez, después de un tiempo de tratamiento los nódulos can-

cinomatosos palidecen, disminuyen de volumen y uno desaparece.

Gibier, dice que se ha operado un cambio notable en estos tumores, pero no espera que la mejoria continúe y menos que se obtenga una curación.

Según Fabre Domergue, las modificaciones y algunas curaciones de tumores, observadas por inyecciones de sustancias diversas, tomadas unas á la química inorgánica como el arsénico, y otras á la química biológica, como jugo canceroso atenuado por inoculaciones previas al animal ó cultura del estreptococus de la erisipela atenuada por el calor ó por inoculaciones á los animales, pueden explicarse por la estructura misma de los tumores cancerosos: en efecto, estos tumores están constituidos por dos elementos, neoplásicos unos, leucocitos otros. Los leucocitos desaparecen con las inyecciones indicadas; de ahí la disminución de volumen del tumor.

Las sustancias químicas destruyen asépticamente los elementos neoplásicos que son absorbidos por los leucocitos: de ahí también disminución de volumen del tumor por otro mecanismo.

No se producen, según esto, acciones curativas y la prueba es que los tumores así tratados se han generalizado.

A. G.

Climatologie Médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique

par le **Dr. SAMUEL GACHE**

Ouvrage honoré d'une médaille d'Or (Prix de la Municipalité de Buenos Aires) au concours Sud-Américain tenu dans cette ville en 1893, sur l'initiative du «Circulo Medico Argentino». Buenos Aires, 1895.

Opiniones de Brouardel, Rochard, Pozzi, Lancereaux, Dieulafoy, Laveran, Chauffard, Toscani — Bibliografía de la « Semaine Médicale. »

Faculté de Médecine.

Très honoré confrère,

Je vous remercie de m'avoir envoyé votre superbe ouvrage.

Je l'ai parcouru de suite et j'y ai trouvé les renseignements les plus utiles. Vous pouvez être sûr que je les mettrai à contribution.

Agréez mes remerciments et l'assurance de ma considération la plus distinguée.

P. BROUARDEL.

18 Mai, 1895.

Paris, le 29 Mai 1895.

Très honoré confrère,

Si je n'ai pas répondu plus vite à votre lettre du 20 avril, c'est que je n'étais pas à Paris lorsqu'elle y est parvenue.

A mon retour j'ai lu votre bel ouvrage et je viens vous en faire mon très sincère compliment.

C'est un magnifique travail, très complet, très original, et qui a dû vous demander une somme énorme de travail.

Je sais combien il existait peu de documents sur votre pays, il y a quelques années encore. Lorsque j'écrivis, il y a trente ans, l'article *Climats* du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, je n'eus pour me guider dans la Climatologie des bords de La Plata que la Thèse de L. A. Petit (Montpellier 1850), l'essai de «Climatologie de la République Orientale», de Saurel et le livre de Martin de Moussy que vous citez vous-même.

Cela me fournit une demi-douzaine de pages d'où j'ai extrait plus tard les lignes que vous avez trouvées dans mon Encyclopédie et que vous avez bien voulu citer.

Aujourd'hui, vous avez comblé cette lacune et peu de pays possèdent une Climatologie Médicale plus complète.

Je vous remercie de m'avoir envoyé cet excellent livre et vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

J. ROCHARD.

---

16 Place Vendome.

11 Mai, 1895

Mon cher confrère et ami,

Votre livre sur la Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique, est une œuvre considérable.

Par l'importance et le nombre des documents, par le choix judicieux, par l'ordonnance savante, il fait le plus grand honneur à son auteur. Je pense qu'il aura été apprécié dans votre pays. En tout cas, il l'a été à l'Académie de Paris et je l'ai fait présenter au Président par notre Doyen Brouardel.

Vous devez continuer à envoyer vos travaux à notre Compagnie, et plus tard vous devrez vous présenter comme candidat comme correspondant étranger.

Veuillez, mon cher confrère et ami, croire à mes affectueux souvenirs.

Votre dévoué,

S. Pozzi.

E. L. 44, Rue de la Bienfaisance.

Paris, 6 Mai 1895.

Mon cher et très honoré confrère,

J'ai lu avec un vif intérêt le beau volume de Climatologie médicale que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser.

C'est un ouvrage utile et fort bien fait, qui devrait être imité par les médecins de tous les pays. J'ai vu avec plaisir que mes travaux n'étaient pas oubliés et que l'auteur était au courant de toutes les questions scientifiques.

Vous me permettrez de vous adresser tous mes compliments et l'expression de mes meilleurs sentiments et de toute ma reconnaissance.

E. Lancereaux.

38, Avenue Montaigne.

Paris, 2 Juin 1895.

Très honoré confrère,

Je vous prie de vouloir bien agréer mes vifs remercîments et mes sincères félicitations pour le magnifique ouvrage que vous m'avez fait l'honneur de m'envoyer.

Ce grand travail de Climatologie médicale a dû certainement vous donner bien du mal, mais vous en serez récompensé par le grand succès auquel chacun de nous sera heureux d'applaudir.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

DIEULAFOY.

Paris, 15 Mai 1895.

Très honoré confrère,

Je vous remercie bien sincèrement de votre beau volume sur la «Climatologie médicale de la République Argentine».

J'ai déjà lu avec beaucoup d'intérêt plusieurs chapitres de ce remarquable ouvrage, notamment le chapitre relatif au paludisme.

Je vous prie d'agréer avec mes sincères félicitations, mes meilleurs remercîments pour l'appréciation que vous faites de mes travaux sur l'hématozoaire du paludisme, et l'expression de mes sentiments tout dévoués.

A. LAVERAN.

21, Rue St.-Guillaume.

Paris, 17 Juin 1895.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai reçu le bel ouvrage que vous venez de faire paraître sur la Climatologie médicale de la République Argentine et vous exprime tous mes remercîments pour votre gracieux envoi.

Je suis heureux d'y joindre toutes mes félicitations, car votre livre me paraît réaliser une œuvre très utile, qui a dû vous demander un très long travail, et rendra les plus précieux services pour la connaissance médicale de votre beau pays.

Veuillez, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, agréer, avec mes remercîments de nouveau, l'expression de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

Dr. A. CHAUFFARD.

Roma, 24 de Julio de 1895.

Señor Dr. Gache:

He tardado en responder á su carta del 20 de abril porque no he querido limitarme á acusarle recibo y agradecerle el ejemplar que se ha servido enviarme de su obra «Climatología médica de la República Argentina y principales ciudades de América.»

Pero he preferido engolfarme primero ampliamente en su libro y hacerle diligentemente un examen á fin de poderle escribir con suficiente conocimiento de él. Y ahora puedo decirle sin adulación que su publicación de V. merece verdaderas congratulaciones.

Las interesantísimas noticias climatológicas, estadísticas é higiénicas contenidas en su libro, lo hacen precioso, y será leído ávidamente por todos cuantos se interesan en estos estudios.

Ciertamente le debe haber costado un trabajo no lijero, pero V. estará muy contento del resultado obtenido, que es tan grande como á pocos es dado poder esperar.

De nuevo reciba mis más sinceros agradecimientos por el preciosísimo regalo.

Con sentimientos de particularísima estima, soy de V. afectísimo servidor.

DAVIDE P. TOSCANI. (1)

Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique, par M. S. GACHE.

Jusqu'à ce jour la climatologie médicale de l'Amérique, et notamment celle de la République Argentine, n'avait fait l'objet d'aucun travail complet.

L'auteur, sans avoir la prétention de combler cette lacune, a embrassé dans son ouvrage un ensemble de questions basées sur nombre de documents et de faits compulsés et

(1) El Dr. Toscani es en Roma profesor de medicina legal y director de la asistencia sanitaria. Ha sido decano de la facultad de medicina.

étudiés avec soin, lesquels permettent de se rendre un compte exact de la morbidité et des conditions hygiéniques de ces pays.

Le livre débute par un chapitre intéressant sur l'aspect général de la République Argentine, dans lequel sont passées en revue la géographie physique, la démographie, etc. Il examine ensuite l'origine et le développement de la population argentine et il met en lumière ce fait, à savoir que parmi les causes qui ont amené la disparition lente et progressive de la race indienne, il faut citer en première ligne la petite vérole, l'alcoolisme et la tuberculose.

Après avoir fait remarquer que la majeure partie du territoire de la République Argentine se trouve dans une zone tempérée, que son climat est un des plus favorisés du globe et que sous ce climat la population se développe admirablement, M. Gache aborde d'abord la description des maladies suivant les races et les régions, puis il donne un résultat très complet de la pathologie américaine en général. A signaler le chapitre qui traite des causes et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde à Buenos Aires. L'auteur attribue cette maladie et le développement alarmant qu elle prend à certains moments de l'année au système déplorable des latrines, lesquelles sont construites, pour la plupart, à peu de distance des puits et creusées jusqu'à la première couche souterraine ; par suite, des infiltrations se produisent dans le sous-sol et contaminent l'eau destinée à l'alimentation.

Dans une autre partie de l'ouvrage, M. Gache donne les renseignements les plus documentés sur la population, le climat, la morbidité et la mortalité, les travaux d'assainissement, etc., des treize autres provinces de la République, après quoi il envisage la question du goitre, du crétinisme, du paludisme et enfin de la parasitolog e de La Plata. A ce dernier point de vue, il appelle l'attention sur l'augmentation des cas de kystes hydatiques. L'*échinococcose* est en effet aujourd'hui d une fréquence alarmante ; les documents officiels démontrent que 40 % des animaux de race bovine tués dans les abattoirs de Buenos Aires sont atteints de kystes hydatiques, siégeant surtout dans le foie et les poumons. Le rôle que jouent les chiens dans la diffusion des échinocoques étant toujours prouvé d'une façon irréfutable, l'auteur considère, de concert avec un autre confrère argentin, M.

le docteur A. Masi, qu il y aurait lieu, pour diminuer le nombre de ces animaux et par conséquent pour resteindre les dangers de propagation de la maladie, d appliquer des mesures fiscales et administratives très rigoureuses. C'est ainsi que, pour chaque chien, on payerait une forte patente qui serait renouvelée tous les trois mois ; chaque animal devrait porter au cou une plaque avec un numéro d'ordre et la date de sa patente ; enfin, tout chien rencontré sans plaque sur la voie publique ne pourrait être, sous aucun prétexte, rendu à son propriétaire mais serait abattu sans retard.

Les stations climatériques et thermales de la République Argentine forment un des derniers chapitres du livre ; puis viennent des considérations très étendues sur la climatologie médicale de Montevideo ; de Rio-de-Janeiro, Porto-Alegre et Bahia ; de Santiago, Valparaiso et Conception ; de Lima ; de New-York, Brooklyn, Buffalo etc., de Mexico etc. En un mot, l'auteur fait faire au médecin une promenade instructive parmi les principales villes de l Argentine, de l'Uruguay, du Brésil, du Péroú, des Etats-Unis, du Mexique, etc., et relève chemin faisant les inexactitudes et mêmes les erreurs qu il dit avoir rencontrées dans la plupart des ouvrages parus antérieurement sur la climatologie et la géographie médicale des républiques américaines.

(*La Semaine Médicale*).

Paris, 24 Juillet 1895.

El Dr. P. de Pietra Santa se ha ocupado extensamente de está obra, y publicado un extracto de todos sus capítulos en el *Journal d Hygiène* de Paris, en los números 980, 982, 983 y 984.

La France médicale et París médical, del 5 de Julio de 1895, inserta igualmente un largo juicio firmado por el Dr. P. Moreau (de Tours).

SANATORIO PARA TUBERCULOSOS

He aquí el informe que la comisión especial ha elevado al Congreso de la Tuberculosis:

Buenos Aires, Agosto 2 de 1895.

Señor Director General de la Asistencia Pública y Presidente del Congreso de la tuberculosis, Dr. Juan B. Señorans:

La Comisión especial nombrada para dictaminar sobre la profilaxia de la tuberculosis y la ubicación del Sanatorio proyectado, tiene el honor de presentar en este informe el resultado de sus estudios.

Desde luego declara que ha creído conveniente y oportuno reunir en una forma concreta las conclusiones relativas á la profilaxia, para indicar en seguida el punto en que debe establecerse el Sanatorio.

Dichas conclusiones son:

I — La tuberculosis es contagiosa.

II — El agente único del contagio es el bacilus contenido en los esputos del enfermo, y en la carne y leche de animales tuberculosos.

III — La desecación del esputo favorece la pululación del bacilus en el aire y en los objetos.

IV — Para la profilaxia individual conviene:

1º) Repartir instrucciones bien concretas sobre las causas del contagio y sobre los medios de evitarlo;

2º) Aconsejar al pueblo la hospitalización de los tuberculosos facilitándola por todos los medios;

3º) Oponerse en lo posible á la habitación de tuberculosos en los conventillos.

V — Es indispensable por el bien individual y colectivo exigir á los médicos la declaración de la enfermedad á la autoridad sanitaria, sobre todo cuando las prescripciones profilácticas no sean posible llenar en la casa del paciente.

VI — Debe construirse dentro del radio del municipio uno ó varios hospitales especiales para tuberculosos, dotados de aparatos para desinfectar los esputos, la ropa,... etc., y para la desinfección frecuente de locales.

VII - Debe también dotársele de aparatos y cámaras de inhalaciones teniendo en cuenta que el tratamiento racional de la tuberculosis pulmonar es por la vía respiratoria.

VIII — El hospital será provisto de grandes salas con capa-

cidad para 40 enfermos cada una; con sistema de aeración y calefacción especial y orientación apropiada.

IX — Será indispensable la existencia de una sala vacía para permitir los cambios periódicos de enfermos, con objeto de practicar la desinfección local.

X — Establecido el hospital no se aceptarán tuberculosos en los hospitales comunes.

XI — Se tratará en lo posible que el personal inferior esté compuesto por tuberculosos.

XII — La dirección técnica del establecimiento se encargará al mismo tiempo que de la distribución y agrupación de enfermos del envío de pacientes al Sanatorio.

La Comisión ha estudiado ampliamente el puerto referente á la ubicación del Sanatario, y después de oir diferentes informes y teniendo en cuenta todas las circunstancias que le ha sido posible examinar, piensa que el Valle de Capilla del Monte, en la Provincia de Córdoba, á 989 metros sobre el nivel del mar, ofrece las condiciones necesarias para un establecimiento de esta clase.

Aconseja igualmente que al adquirir el terreno donde se levantará este edificio, se tenga en cuenta que es necesario rodearlo de cómodos parques, etc., y que por lo tanto conviene que se le adjudique una estensión que le permita asegurar todos los beneficios posibles. — *Dr. Julio Mendez — E. Cantón - Samuel Gache.*

NOTA - En disidencia sobre las conclusiones VIII y XI—*E. Cantón*

Estatutos y Reglamento de la Sociedad «Mutua Protección entre los Médicos»

Art. 1º.—Se ha formado en la República Argentina una sociedad con el nombre de «Sociedad de Mutua Protección entre los Médicos», que tendrá por objeto proporcionar á la viuda, hijos, padres ó hermanos menores de los médicos que dependan del causante, los medios pecuniarios que les aseguren una honrada existencia.

Art. 2º.—El domicilio de la «Sociedad de Mutua Protección entre los Médicos» será la ciudad de Buenos Aires.

Art. 3º.—La duración de la Sociedad es ilimitada.

Art. 4º.—Los doctores en medicina que firman el acta de fundación de la Sociedad y los que se adhieran hasta el.....

son socios activos de la misma, y para ser inscriptos en adelante como socios de la «Mutua Protección», deberán llenarse los requisitos siguientes:

a) Ser médico de las facultades argentinas ó haber en ellas revalidado el título de universidades extranjeras.

b) Hacer un pedido por escrito á los comisarios de la Sociedad.

c) Manifestar en él que se obliga á pagar la cuota de $ 50 m/n siempre que ocurra el fallecimiento de uno de sus consocios, así como cuando alguno de ellos quede, por cualquier causa, en la imposibilidad absoluta de ejercer la profesión.

Art. 5º.—La «Sociedad de Mutua Protección entre los Médicos» será administrada por tres de sus miembros elegidos anualmente por la asamblea general de socios, con el número de socios que concurran y por mayoría de los votantes presentes.

Art. 6º.—Los tres miembros nombrados por la asamblea asumirán el nombre de comisarios de la Sociedad, durarán en el cargo durante un año, y al terminar el período, convocarán á asamblea general, á la que darán cuenta clara, detallada y documentada de su gestión, que someterán á la aprobación de la misma asamblea que, después de aprobar ó no lo operado por los comisarios, procederá á una nueva elección.

Art. 7º.—En caso de no aprobarse por la asamblea la gestión en discusión por causas que hubiesen perjudicado material ó moralmente á la Sociedad, ésta tendrá el deber de hacer efectivas contra los comisarios las responsabilidades criminales ó civiles á que hubiera lugar.

Art. 8º.—Son deberes de los comisarios:

1º Guardar en depósito todos los documentos sociales.

2º Llegado el caso previsto en el artículo 4º en su inciso C, invitarán á los socios á hacer efectivo el pago de que habla el mismo artículo; debiendo la imposibilidad física ó psíquica ser absoluta, permanente ó irremediable.

3º Averiguarán quiénes son las personas en cuyo beneficio se hará la donación, hecho lo cual se procederá á hacer entrega del total de las cuentas, previa documentación correspondiente.

Art. 9º.—Los comisarios no podrán ausentarse de la capital por más de un mes, y si uno ó más de ellos tuviera que hacerlo por más tiempo, deberá previamente hacer citar la asamblea.

Art. 10º.—Las funciones de comisario son *ad-honorem* y por lo tanto gratuitas.

Art. 11º.—Si uno ó más socios, llegado el caso del artículo 4º inciso *c*, no abonasen la cuota correspondiente dentro del término de diez días para los domiciliados en la capital, y en un mes para los que viven en las provincias, cesarán *ipso facto* de formar parte de la Sociedad y sus nombres serán eliminados de ella.

Art. 12º.—El abono de la cuota á que se refiere el artículo 4º deberá hacerse en el domicilio de uno de los comisarios, y los que tengan residencia en las provincias ó territorios nacionales, deberán remitir el importe á alguno de los comisarios, ó por correo ó por giro de algún Banco ó de otra manera, quedando convenido que el pago de la cuota, tanto para los socios de la capital como para los de las provincias, deberá ser hecho por ellos en el domicilio de los comisarios.

Art. 13º.—Independientemente de lo establecido en el artículo anterior, los socios tendrán el derecho de depositar en secretaría un sobre cerrado y sellado en el que, bajo su firma, designen la persona á quien ha de entregarse la suma que les corresponda.

Art. 14º.—Las asambleas serán presididas por un socio nombrado en ese acto y para ese acto por mayoría de los presentes, y no tendrá otra misión que la de dirigir la discusión.

Art. 15º.—Los presentes Estatutos no podrán ser alterados, aumentados ó modificados durante cinco años.

Art. 16.—Los presentes Estatutos serán elevados ó no al Superior Gobierno para su aprobación y reconocimiento de nuestra Sociedad como persona jurídica.

Climatologie médicale de la République Argentine.—En otra sección encontrará el lector cartas y juicios dirigidos por médicos europeos al Dr. Gache á propósito de su obra; con gusto hemos accedido á publicarlos porque precisamente en esta Revista expusimos algunas observaciones críticas sobre los detalles y el plan de ejecución de ese trabajo, sin desconocer, no obstante, el mérito poco común de obra tan considerable.

Nos place que, á pesar de todo, ella haya sido juzgada tan favorablemente en Europa.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 17

Anales del Círculo Médico Argentino

SEPTIEMBRE 15 DE 1895

El núcleo celular y la trasmisión de los caracteres hereditarios

Por el **Dr. Samuel de Madrid**

(Conclusión)

Descubierta la existencia de los centrosomas, y señalada por Boveri y Van Beneden su importancia en la división nuclear, quedaron pronto reconocidos en su carácter de órganos permanentes de la célula, constatados como fueron en las más diferentes especies celulares, y tanto en los protozoarios como en los metazoarios.

Quedó en cambio en suspenso el problema de su origen, debido á la existencia de observaciones contradictorias, que lo colocaban, ora en el protoplasma, ora en el núcleo celular y que sólo han sido reducidas á su verdadero valor por investigaciones ulteriores.

En su citada obra, Hertwig (1) expresa ya su opinión de que los centrosomas deben considerarse como partes constitutivas habituales del núcleo en reposo, que se retiran á su interior después de la división y penetran en el protoplasma durante las etapas preparatorias de ésta. « Sólo en casos especiales, dice, permanecerían él ó los corpúsculos centrales en el protoplasma aún durante el reposo del núcleo, y representarían entonces hasta cierto punto, un núcleo accesorio junto al principal. En este concepto se explicaría que no se haya podido demostrar al corpúsculo central como existente ordinariamente junto al núcleo en reposo, en el protoplasma de las células. »

(1) *Hertwig*, loc. cit., pág. 48.

La siguiente observación de Brauer (1) demuestra que esta opinión de Hertwig es justa. Observando la espermatogénesis en Ascaris megalocephala var, univalens, encontró fuera del nucleolo y en el estadío en que se halla ya dividido el cromosoma en cuatro, un corpúsculo esférico relativamente muy grueso, aplicado á la membrana nuclear, y cuyo centro se hallaba ocupado por un gránulo obscuro. Si se sigue el núcleo hasta la formación del primer huso se observa lo siguiente: el cuérpo esférico del cual irradian en todas direcciones y también hacia los cromosomas, fibras al parecer de linina, se extiende y segmenta en dos porciones, á la vez que se divide también el gránulo señalado en su centro. Las dos mitades se redondean luego, y se separan progresivamente en sentido opuesto, quedando unidas sin interrupción por los filamentos á los cromosomas, y pasando finalmente al protoplasma por las aberturas de la membrana nuclear; pronto se forma á su alrededor un espacio libre de partículas vitelinas, y parten en cambio de ellos, filamentos que los unen á la membrana celular; la membrana nuclear por su parte se disuelve progresivamente, y los cromosomas son conducidos al plano ecuatorial.

Excluída como queda toda confusión con los nucleolos, la descripción que antecede muestra que las dos esferas originadas por la división no son otra cosa que los centrosomas.

Esta observación merece ser tomada en cuenta, pues por ella se establece que *la oposición que se supuso entre el centrosoma y el núcleo carece de razón de ser*, quedando localizadas así en partes constitutivas del núcleo, tanto la función trasmisora de la herencia (cromosomas), como los procesos propiamente kariokinéticos ó motrices (centrosomas).

Corresponde, pues, al núcleo la primera intervención para determinar la dirección que ha de seguir, en el seno de los organismos, el *idioplasma* ó materia de la herencia contenido en los cromosomas correspondientes.

Desvirtuaríamos, sin embargo, el rol de estos últimos en la histogénesis, y falsearíamos la idea que deben merecernos

---

(1) *Dr. August Brauer.* Zur Kentniss der Herkunft des Centrosomas. Biologisches Centralblatt, 1893.

los procesos fundamentales en que intervienen, si nos limitáramos á la desnuda afirmación de su importancia.

Al lado de las condiciones preestablecidas en el idioplasma por su equilibrio molecular, y que han sido sujeto de los estudios de Nägeli, De Vries, Weismann, Bard, etc., actúan también las circunstancias exteriores, sea que ellas dependan directamente del medio (externo ó interno), ó de acciones partidas de otros elementos anatómicos de igual ó diferente especie.

Algunos autores, exagerando la importancia de estas últimas, llegan hasta negar la acción del modo de ser originario de las especies celulares en la topografía de sus elementos.

En su escrito titulado «Zeit und Streitfragen der Biologie», Hertwig (1) ha hecho notar muy bien la divergencia de opiniones existente al respecto en la ciencia biológica contemporánea, á la vez que trata de probar la justicia de sus vistas.

«El hecho de que se desarrolle siempre del huevo la misma forma final, depende puramente de que en el curso ordinario de las cosas, las ovicélulas se encuentran sometidas siempre á las mismas condiciones de integración y desintegración material, y tienen la misma acción sobre ellas la gravedad, la luz, el calor, etc.»

Fustiga luego á los autores que, como Weismann, localizan la causa del desarrollo de los esbozos embrionarios en la composición específica de una sustancia de estructura molecular complicada.

«Nosotros por el contrario hacemos depender el desarrollo de los esbozos, de condiciones ó causas que se hallan fuera del idioplasma de las ovicélulas, pero que á pesar de ellos son producidas en serie regular por el proceso embrionario. Nosotros explicamos éste, en primer lugar, por el cambio de relaciones en que entran recíprocamente las células de un organismo mientras aumentan de número por división, y en segundo lugar, por las acciones del mundo exterior que rodea al organismo.»

Salta á la vista, sin embargo, lo infundado de esta doctrina, que niega la existencia en el germen de esbozos preformados,

(1) *Hertwig*. Zeit und Streitfragen der Biologie» Heft I, 1894.

precisamente en los ejemplos en que quiere apoyarla, y muy especialmente cuando se refiere á las causas que determinan la invaginación gastrular.

« Para explicar la gastrulación, la formación de las hojuelas germinativas y muchos otros fenómenos del desarrollo, la teoría determinante (die Determinantenlehre) invierte precisamente la relación de causa á efecto. No porque las células de la pared blastular posean un grupo especial de determinantes, que les impriman el carácter de llegar á ser células endodérmicas, son ellas invaginadas en la cavidad de segmentación, sino al revés: á consecuencia de la invaginación, que debe explicarse por las condiciones de crecimiento de la pared blastular, una superficie celular es llevada á nuevas condiciones de lugar con su alrededor, llega á ser endodermo, obtiene el impulso de desarrollar propiedades correspondientes á su situación especial. Es ilógico hablar de un endodermo, como á menudo ocurre en los trabajos de embriología, mientras pertenecen las células á la superficie de la blástula, ó cuando aun no ha terminado el proceso de segmentación. Porque con la palabra *hojuela embrionaria interna*, designamos sólo una relación de lugar, creada únicamente por la invaginación. »

Muy en contradicción con numerosos hechos que la embriología comparada nos ofrece, se halla sin embargo esta hipótesis de que las células embrionarias se diferencien sólo porque adopten otra posición en relación á las demás.

Así, por ejemplo, según las investigaciones de Metschnikoff la blástula que se desarrolla en *Lineus lacteus* (una nemertina), representa una esfera perfectamente regular; las células de su superficie se hallan por lo tanto en condiciones topográficas perfectamente iguales, entre sí y con relación al todo. A pesar de ello, las células se diferencian, y llegan á ser más altas en una de las mitades de la esfera que en la otra: las más altas constituyen el futuro endodermo, las más bajas el ectodermo futuro; una mitad de la esfera se invagina luego en la otra. La diferenciación de las hojuelas germinativas ha sido pues anterior á la invaginación gastrular. Lo propio ocurre, según Hatschek en Sipunculus nudus.

Por lo demás, « los esbozos de las hojuelas germinativas pueden ya diferenciarse en las primeras etapas de la segmen-

tación. En *Rhabditis nigrovenosa*, por ejemplo, el huevo ya es dividido, según Al. Goethe, por el primer plano de división en dos esferas de segmentación que poseen ya una composición histológica algo diferente, proveniendo de una de ellas las células ectodérmicas, y de la otra las meso-endodérmicas (1). »

¿Es esto decir que carezca de importancia la intervención de las circunstancias exteriores ó de las acciones de célula á célula, variables según el sitio y el momento de la embriogenia? De ningún modo; las manifestaciones vitales todas de los animales y plantas, se muestran en último análisis y cualquiera que sea el hecho que observemos, como acciones regularmente consecutivas á la intervención de excitaciones externas.

Animales y plantas, son hasta cierto punto, según la expresión de Weismann, máquinas «construídas de tal suerte que deben, para su propia conservación, elaborar del modo más adecuado las excitaciones del mundo externo (2). »

En lo que existe divergencia de pareceres, es en el modo de considerar la forma como intervienen estos impulsos en la integración y desintegración de los organismos, ya que nunca debe perderse de vista en su estudio la constitución específica de la sustancia germinativa contenida en el embrión.

A la misma acción partida del medio en que se desarrollan las células del embrión, reaccionan éstas de un modo diferente según la naturaleza de su idioplasma ó materia hereditaria, que es trasmitida á sus núcleos á partir del óvulo fecundado en condiciones diversas según las especies celulares. Así como el calor, actuando sobre mezclas en proporciones diferentes de las mismas sustancias químicas, da lugar á resultados variables según los casos, así también la composición y propiedades físicas del medio interno, determinan según la especie celular, acciones moleculares diversas.

Sólo interpretada de este modo, puede sostenerse en biología la hipótesis de Nägeli del idioplasma, tan necesaria para ella quizá como la hipótesis atómica lo es á la química;

---

(1) *Jozef Nussbam*. Einige Bemerkungen inbetreff der Entwicklungstheorie von Oskar Hertwig, in Biologisches Centralblatt, 1895, núm. 7.

(2) *Aug. Weismann*. Aenssere Einflüsse als Entwicklungsreize. Jena, 1894.

este concepto por lo demás ha recibido aún muy recientemente el más categórico apoyo de autores de la talla de Nussbaum, (1) que de esta suerte se declaran adversarios abiertos de la teoría de Hertwig.

«Si aceptáramos, dice, que todo proceso de desarrollo sólo es un resultado de la cooperación de las acciones intercelulares y de las que dependen de las condiciones exteriores, no nos encontraríamos en estado de comprender la repetición de las etapas filéticas en el curso de la ontogenia. Como muchos otros investigadores, veo ante todo en los procesos embrionarios, en la gastrulación, por ejemplo, una necesidad filética, determinada por la estructura especial de la sustancia esbozante (Aulagesubstanz), estructura que justamente en la lenta evolución del desarrollo filético ha adquirido su estructura complicada.»

El fin actual y futuro de la biología normal ó patológica, debe ser la determinación del álcance para cada caso de la acción del medio y de la especificidad celular.

Así, en lo que se refiere á las proliferaciones celulares en el seno de los tejidos, es indiscutible el rol de causas determinantes que tienen las acciones partidas del medio, sea para acelerarlas, sea para retardarlas, y variar así la estructura y forma de los órganos.

La marcha extremadamente lenta de la osificación en los niños de países cuyas aguas son pobres en materias salinas y calcáreas (en la Guayana, por ejemplo) (2), así como la tardía curación, por formación lenta del callo, de las fracturas, en los adultos de estos países, nos presentan por ejemplo, otros tantos casos de proliferación lenta de las células del periostio y de la médula de los huesos, por alterada composición del medio interno.

Así también, la gran energía con que se verifican los procesos de Kariokinesis en las zonas de tejido condroide, esponjoide y osteoide de las epífisis raquíticas, establecen que la sitodiéresis en estas zonas, es activada por las condiciones nuevas en que el medio interno se halla. La clínica, en efecto, establece como causa fundamental del raquitismo, la existencia de un vicio de nutrición, ligado las más veces á una

(1) *Jozef Nussbaum*, loc. cit.

(2) *Bordier*. Pathologie comparée, pág. 143.

alimentación defectuosa, y que depende de la insuficiencia en cantidad ó más bien quizá, de la falta de elaboración previa, de los materiales que requiere el esqueleto en su período de crecimiento.

Las acciones de orden físico actúan también variando la distribución de las células, por exterminio impuesto en determinados territorios orgánicos á ciertas especies celulares, y proliferación correlativa de otras. Así, en el orden de las deformidades y monstruosidades fetales, nos bastará recordar el rol que en ellas ejerce la *presión* ejercida por las bridas y adherencias constituidas por la bolsa de las aguas, la que determina el acúmulo de líquidos en las cavidades internas naturales del organismo, etc.

Del mismo orden son las diversas *atrofias por compresión* observadas, por ejemplo, en los huesos á consecuencia de un aneurisma de la aorta, ó en el hígado á consecuencia de continuo ajuste de la cintura. En estos casos la desaparición de los elementos anatómicos en las regiones correspondientes, es debida en parte á la acción directa de la presión alterada, y en parte á la disminución del aflujo sanguíneo; el tejido conjuntivo queda sin embargo intacto en dichas ocasiones.

Es notable ver cómo la misma variación en la composición de la linfa que baña los elementos anatómicos *(medio interno* de Claudio Bernard), actúa de un modo diverso según la naturaleza específica de las células consideradas. Así el yodo, introducido artificialmente en el torrente circulatorio, actúa produciendo una atrofia del tejido glandular de la tiróidea; el plomo, en los envenenamientos por dicha sustancia, determina la atrofia de los músculos estensores del antebrazo, etc.: los restantes tejidos del organismo pueden quedar incólumes.

Consideraciones de este género son sin duda las que tiene Ziegler (1) en vista cuando dice: «Si una porción de tejido ó una gran parte del cuerpo en la época del primer desarrollo crece de un modo anormalmente excesivo, dando lugar así á una formación gigantesca, ó los primeros gérmenes de aquella parte tenían ya una magnitud anormal, ó las células han recibido un movimiento vital más fuerte, ó se han encontrado du-

(1) *E. Ziegler*. Trattato di Anatomia Patologica trad. da Luc. Armanni. 2ª edición, pág. 147.

rante el período del desarrollo bajo condiciones nutritivas más favorables que las otras partes del cuerpo, ó en fin se han opuesto á la multiplicación de las células, resistencias anormalmente pequeñas. No es posible en el mayor número de los casos decidir con seguridad cuál de estas causas especialmente haya sido la determinante; pero las más de las veces *la causa de la proliferación más genérica debe ser inmanente en las células y heredada en el momento de su génesis*, de suerte que en estos procesos patológicos evolutivos la remoción de los obstáculos normales del desarrollo representa una parte mínima »

La importancia que tiene el sitio que ocupa un territorio celular determinado en la topografía general del organismo, para exponerlo á tales y cuales acciones del medio, capaces de alterar ó mortificar á sus células componentes, ó de imponerles una selección que permita sólo la supervivencia de las más fuertes, ya que sólo puede en estrechos límites variarse experimentalmente el sitio de algunos tejidos (injertos epidérmicos, óseos, etc.), sin que la muerte de estos últimos sea la consecuencia inmediata, permite explicar el hecho general que el observador atento encuentra con extraordinaria frecuencia en los tejidos más diversos (tumores, inflamaciones neoformativas, monstruosidades, etc.), de que á una variación leve en las propiedades reproductrices ó nutritivas de cierta especie celular, siga inmediatamente una *invasión* de territorios orgánicos más ó menos extensos.

Para fijar las ideas por medio de un ejemplo, citaremos la cutanización de la mucosa uterina en los casos de inversión uterina crónica con prolapso, que constituye una invasión de una especie de epitelio (pavimentoso) sobre otro (vibrátil). De igual género son las invasiones que el tejido conjuntivo lleva en territorios celulares antes ocupados por elementos de organización más elevada, en las llamadas inflamaciones crónicas intersticiales.

Las acciones físicas y químicas citadas aparecen por lo demás, tanto en estado normal como en estado patológico, en lo que puede verse una vez más cuán artificial es esta distinción en el terreno de la biología pura.

Un ejemplo instructivo de este género es el que nos presenta el estudio del desarrollo odontogénico, demostrando que la existencia de los alveolos en los bordes correspondientes de ambos maxilares, como también la sustitución de los dientes

provisorios por los permanentes, es resultado puramente de la compresión ejercida por el tejido dentario de vitalidad más vigorosa, en los tejidos adyacentes. Comprimidas por los dientes permanentes las raíces de los dientes provisorios se gastan, sus vasos y sus nervios que experimentan igual compresión se atrofian; estas dos causas reunidas destruyen las raíces de los dientes de leche que se reabsorben y desaparecen de abajo arriba.

«La prueba, dicen Debierre y Pravaz (1) de que es la compresión del diente definitivo la que arroja de su alveolo al diente provisorio, es que en ciertos casos en que el diente permanente se desvía y no ejerce ya compresión sobre el diente de leche correspondiente, éste persiste y constituye un diente supernumerario.»

Estas invasiones de unos tejidos por otros son por lo demás sumamente frecuentes en el desarrollo embriogénico entero: la invasión del hueso cartilaginoso por el hueso perióstico, la de los tejidos conjuntivos por las proliferaciones glandulares, la irrupción progresiva de las arborizaciones que constituyen las células vasoformativas y los cilinderaxis en jemación, en el seno de los demás tejidos, etc., son otros tantos ejemplos ilustrativos de nuestras afirmaciones.

Es pues un hecho indiscutible: 1º, que las condiciones externas son capaces de determinar en los tejidos, variaciones en la distribución topográfica de sus elementos constitutivos; 2º, que la lucha por el espacio entre diversas especies celulares tiene á menudo por resultado la eliminación de una de ellas, estableciéndose así una verdadera *selección natural de los elementos anatómicos* en la región orgánica correspondiente.

La apreciación desnuda de los hechos no nos permitiría llevar más adelante nuestras inducciones; sin embargo, no se nos echará en cara seguramente que hagamos notar cuánto más amplio es el significado que debe darse á estos hechos de *lucha por la vida entre las células*, para aquellos que admitan el dogma evolucionista.

La herencia de estas nuevas disposiciones topográficas, determinadas por las condiciones exteriores en el seno de los tejidos, debe para ellos ser considerada como uno de los fac-

---

(1) *Ch. Debierre* y *S. Pravaz.* Contribution á l'odontogenie. Arch. de physiol. 1886, 2º tomo, pág. 66.

tores mas importantes en la constitución de las formas orgánicas.

Y á la verdad, se nos muestran con frecuencia fases de transición entre estas *extinciones de especies celulares* de orden accidental, y las que son de carácter permanente y hereditario.

Un caso sumamente interesante de este género, sobre el cual deseo llamar la atención, es el que nos señala la cicatrización consecutiva á la caida de las hojas. No entraré en detalles al respecto, refiriendo al lector deseoso de conocerlos á las obras de botánica superior (1). Recordaré solamente que el proceso verdaderamente patológico de la cicatrización en la mayor parte de los vejetales, se ha convertido á menudo en un proceso fisiológico, en tanto que *la cicatrización se opera antes de la herida*, esto es, antes de la caída de las hojas, en buen númemero de plantas.

Así también tiene lugar fisiológicamente la gangrena seca en el cordón umbilical del recién nacido, y marchan naturalmente á una atrofia degenerativa gran número de órganos transitorios.

Es pues sujeto digno de meditación esta frase de Virchow (2), destinada á caracterizar su concepto anátomo-patológico del transformismo: «En mi opinión *todo caso de descendencia en el sentido de Darwin*, es decir, toda desviación del tipo del organismo paterno, *representa un proceso patológico*.»

Sólo así, por la selección que operan las causas exteriores en las unidades orgánicas y en sus partículas elementales, se abre paso la evolución filética, y en su beneficio muy luego, son los restos de los caídos despojo sobre el cual se reanuda la eterna lucha.

Buenos Aires, Agosto 8 de 1895.

---

(1) *Van Tieghem*. Traité de Botanique, pág. 865 y 967.

(2) *Virchow*. Pathologie und Descendenz. Berliner Klin Wochenschr. 1893 núm. I.

CORRESPONDENCIA DE BERNA

CLÍNICA QUIRÚRGICA

Del profesor **Kocher.**

SUMARIO.—La ambulación en las fracturas del miembro inferior.—Curación radical de las hernias.—Anestesia y respiración artificial.—Infusiones y transfusiones de agua salada.

El profesor Kocher en su último viaje á Berlín con motivo del Congreso de Cirugía, tuvo oportunidad de observar los buenos resultados obtenidos por el profesor Bardeleben con el tratamiento ambulatorio de las fracturas del miembro inferior. Regresó á Berna decidido á ensayarlo, y hasta ahora se han tratado en su servicio, con resultados satisfactorios, 2 fracturas del muslo y 4 de la pierna.

Casualmente, ingresaron al servicio casi al mismo tiempo dos niños de 13 y 14 años respectivamente, afectados ambos de fractura del fémur en el 1/3 inferior.

Aparte de la fractura, los dos niños eran perfectamente sanos, y entonces se decidió tratar la fractura del uno con la extensión y la del otro con el vendaje de marcha, de esta manera se compararían los resultados.

El niño de 13 años fué tratado con la extensión continua, según se la practica en el servicio, es decir, colocando la pierna en una gotera para evitar la rotación hacia afuera, y poniendo el muslo en ligera flexión sobre la pelvis para relajar el músculo psoas-ilíaco.—Esta extensión se hace con pesas y una pequeña rondana; en el pliegue genito-crural se pasa un tubo de goma, grueso, que se ata á la cabecera de la cama y que tiene por objeto hacer la contra-extensión.

Al niño de 14 años, el profesor Kocher le puso un vendaje de yeso que permitiera la marcha. Ese vendaje se hace del modo siguiente: El enfermo es anestesiado profundamente y colocado horizontalmente y sobre la mesa de operaciones; debajo del sacro se coloca un soporte para mantener el cuerpo ligeramente levantado del nivel de la mesa. Un ayudante toma el

pie que corresponde al miembro fracturado y hace una enérgica extensión, otro ayudante hace la contra-extensión por medio de un lazo pasado en el pliegue génito-crural del lado de la fractura. Mientras los dos ayudantes hacen la extensión y la contra-extensión, el cirujano reduce la fractura y en seguida mide el miembro, para asegurarse de que todo acortamiento ha desaparecido. Viene ahora la colocación del vendaje. Con una venda de algodón cardado, preparada de antemano, se hace un vendaje de todo el miembro inferior, empezando en la punta de los dedos y terminando con una *spica* en la raíz del muslo; esta venda de algodón cardado debe pasar dos ó tres veces sobre el mismo punto para colchar abundantemente todo el miembro inferior; en el pie esta venda pasará cinco ó seis veces con el objeto de proteger con mucho algodón cardado la planta del pie sobre la cual se hará el apoyo. Me parece inútil decir que el pie será colocado en ángulo recto. Terminado el primer vendaje con el algodón cardado, el cirujano mide nuevamente el miembro para asegurarse de que el acortamiento no se ha producido y en seguida coloca un primer vendaje con vendas de yeso. Estas vendas son de gaza ordinaria, tienen diez centímetros de ancho y cinco ó seis metros de largo; para enyesarlas se las frota con yeso en polvo á medida que se las va arrollando; antes de emplearlas se las moja en agua caliente; en una palabra, son las vendas de yeso comunes que se emplean en todas partes.—Pues bien, con estas vendas de yeso se hace un vendaje que empieza en la punta de los dedos y termina en la raíz del muslo. He dicho antes que la venda de algodón cardado rodea la raíz del muslo haciendo una *spica*, lo que quiere decir, que contornea la cintura pelviana; la venda de yeso no hace *spica* y no rodea por tanto la cintura pelviana, termina en la raíz del muslo haciendo vueltas que pasan por la espina ilíaca ántero-superior y por el pliegue génito-crural.—Una vez colocado este primer vendaje de yeso, el cirujano vuelve á medir el miembro y seguro de que no hay acortamiento se dispone á colocar los tallos de refuerzo. Los tallos de refuerzo son unas tiras angostas y largas, cortadas de esas hojas de madera que los muebleros emplean para forrar los muebles; el profesor Kocher emplea el nogal, que es barato aquí y muy flexible, sobre todo después de haber sido mojado en agua caliente. Para preparar esos tallos de refuerzo se toma una de esas

hojas de madera que acabo de mencionar y se cortan tiras de cuatro á cinco centímetros de ancho y un metro de largo, seis ó siete tiras bastan para un vendaje y antes de emplearlas se mojan en agua caliente Veamos ahora cómo se aplican esos tallos ó tiras de refuerzo. Se toma una primera tira y por una de sus extremidades se la aplica sobre la planta del pie, al nivel de las articulaciones metatarso-falángicas; esta tira es puesta en contacto con toda la planta del pie y al llegar al talón es incurvada ó doblada en ángulo recto y aplicada en seguida contra toda la cara posterior de la pierna y muslo hasta el pliegue glúteo. Esta tira, como las otras que se irán colocando, son sujetadas provisoriamente por dos ayudantes. La segunda tira va desde la punta de los dedos hasta la espina ilíaca ántero-superior, siguiendo el dorso del pie y la cara anterior de la pierna y el muslo. La tercera tira es aplicada contra la cara externa de la pierna y muslo, y va desde el vértice del maleolo externo hasta un poco por encima de la punta del gran trocánter. La cuarta tira sigue la cara interna del miembro y va desde el maleolo interno hasta el pliegue génito-crural. Colocadas estas cuatro tiras se las sujeta ligeramente con unas vueltas de venda enyesada y después se colocan dos ó tres tiras más que rodean en espiral la pierna y el muslo. Por último, se fija el todo con un segundo vendaje de yeso que empieza al nivel de los dedos y termina en la raíz del miembro; sobre este vendaje se pone un poco de papilla de yeso.

La narcosis debe ser completa hasta perfecto endurecimiento del yeso, y la extensión y contraextensión deben ser practicadas hasta ese mismo momento. Algunas horas después de colocado el vendaje, cuando los fenómenos de la narcosis se han disipado, entonces se da al enfermo un par de muletas con las cuales empieza á caminar perfectamente.

Ahora véase cuál era el estado de los dos niños cinco semanas después de comenzado el tratamiento: Consolidación perfecta en ambos; acortamiento de dos centímetros en el niño tratado por la extensión continua, mientras que no existía acortamiento apreciable en el niño tratado por el vendaje de marcha; la rigidez de la rodilla y la ligera atrofia del miembro que se observan siempre en las inmovilizaciones prolongadas, eran más pronunciadas en el caso tratado por la extensión continua; por último, el niño tratado por la extensión

continua tenía todo el aspecto de un convaleciente y las cinco semanas de cama lo habían enflaquecido, mientras que el niño tratado por el vendaje de marcha estaba tan grueso como antes y su vendaje le había permitido pasar la mayor parte del día en los jardines del hospital jugando con sus compañeros.

En el segundo caso de fractura del muslo se trataba de un joven de 22 años; cinco semanas después de colocado el vendaje de yeso, la consolidación era perfecta, pero había un acortamiento de dos centímetros. Debo hacer notar que en este caso el vendaje no fué colocado por el profesor Kocher, y esto á mi juicio podría entrar por mucho en la explicación del acortamiento.

Las fracturas de la pierna, que han sido tratadas hasta ahora con los vendajes de marcha, son cuatro; una fractura del maleolo externo, una fractura del 1/3 inferior de la tibia, una fractura muy oblicua del 1/3 medio de la tibia con fractura del peroné al mismo nivel, y una fractura expuesta del 1/3 medio de la tibia. En este último caso se trataba de un viejo ex-raquítico y en plena caquexia por bocio maligno; sin embargo, la consolidación fué satisfactoria.

Para las fracturas de la pierna, los vendajes de marcha se hacen del mismo modo que para las fracturas del muslo, pero naturalmente el vendaje se detiene un poco por encima de la rodilla. Si no hay gran dislocación de los fragmentos la reducción de la fractura y aplicación del vendaje de marcha pueden hacerse sin anestesia. Sólo en uno de los casos de fractura de la pierna se ha empleado la anestesia; se trata de una fractura muy oblicua de la tibia con gran dislocación de los fragmentos, y en ese caso la anestesia era necesaria para mantener fácilmente la reducción mientras se colocaba el verdaje.

En el caso de fractura del maleolo externo se tuvo cuidado de poner el pie en *varus* ligero, para combatir la tendencia al *valgus* que se observa en esos casos; en esta última posición, cuando se hace marchar al enfermo, el pie apoya especialmente con el borde externo, pero esto no ofrece ningún inconveniente siempre que se ponga mucho algodón ó vueltas de venda de algodón cardado en la planta del pie.

En todos estos casos de fractura, muslo y pierna, no se ha observado que los vendajes de marcha apresuráran la conso-

lidación; pero no se ha observado tampoco ningún inconveniente imputable al tratamiento. El mismo día de colocado el vendaje se daba á los enfermos un par de muletas y empezaban á marchar sin dolor ni incomodidad de ningún género.

El profesor Kocher está muy satisfecho de los ensayos practicados hasta ahora y piensa, por el momento al menos, tratar sistemáticamente las fracturas del miembro inferior por los vendajes de marcha. Las fracturas del cuello del fémur no están, naturalmente, comprendidas.

En lo que va transcurrido desde el principio de Mayo hasta la fecha, el profesor Kocher ha operado un número regular de hernias y tal vez ofrezca algún interés hacer conocer su procedimiento, así como algunas particularidades del tratamiento.

De una manera general, el profesor Kocher opera las hernias siguiendo dos procedimientos: ó bien emplea el método simple y primitivo, que consiste en la extirpación del saco y sutura ó aproximación de los bordes del anillo herniario, ó bien emplea su procedimiento, que es también simple é ingenioso. En el corriente semestre el profesor Kocher ha operado 9 hernias inguinales, 3 crurales y 1 umbilical. Las 9 hernias inguinales todas eran libres, y 8 de ellas oblicuas externas, siendo directa la restante; de estos 9 casos, 5 han sido operados por su procedimiento y los 4 restantes por el método primitivo. De las 3 hernias crurales, 1 era estrangulada, 1 irreductible y la restante era un hidrocele herniario: estas tres hernias fueron operadas por el método simple. La hernia umbilical, que era muy pequeña, fué operada también por el método simple.

Hace ya algunos años que el profesor Kocher ha ideado su procedimiento para la operación radical de las hernias inguinales y en todo este tiempo ha tenido ocasión de emplearlo cerca de 300 veces.

A pesar de los buenos resultados inmediatos, y de los alejados que ha podido observar, la práctica le ha aconsejado introducir ciertas modificaciones al procedimiento ideado primitivamente. Son estas modificaciones las que me inducen á discutir ligeramente el procedimiento empleado actualmente,

pues es muy posible que ellas no sean muy conocidas en Buenos Aires.

Para operar las hernias, el profesor Kocher emplea siempre la anestesia general. La incisión de la piel la hace encima y paralelamente al conducto inguinal; esta incisión no debe llegar sobre el escroto, aun cuando se trate de una hernia voluminosa. Terminada la disección del saco, entonces viene lo que el procedimiento tiene de original. Con un bisturí hace una pequeña abertura en la pared anterior del conducto inguinal, inmediatamente por encima del punto donde los dos manojos del oblicuo mayor se separan para formar los pilares del anillo inguinal; por esta abertura introduce una pinza ligeramente curva y la desliza hacia abajo, á lo largo del conducto inguinal hasta que la punta aparezca en el anillo herniario ó inguinal externo; una vez allí, con la punta de la pinza agarra la extremidad del saco y lo tira para hacerle recorrer todo el conducto inguinal sacándolo por la pequeña abertura hecha en la pared anterior de dicho conducto. Mientras con una mano hace fuertes tracciones del saco en la dirección de la espina ilíaca ántero-superior, con la otra mano coloca un primer punto de sutura que atraviesa los dos labios de la pequeña abertura y el saco que pasa por ella; colocado este primer punto, entonces reinvierte el saco hacia abajo y lo aplica contra la pared anterior del conducto inguinal en el surco que forman los dos pilares del anillo inguinal.

Aquí coloca tres ó cuatro puntos de sutura del siguiente modo: la aguja toma ampliamente los dos pilares del anillo y agarra superficialmente el saco que se ha colocado como un cordón entre dichos pilares; de esta manera el saco queda como invaginado entre y debajo de los pilares, que se han puesto casi á contacto. Después de colocados estos puntos, siempre queda una porción de saco sobrante, que es resecada. Generalmente el profesor Kocher coloca dos ó tres puntos para aproximar los bordes del anillo herniario ú orificio inguinal externo, tratando naturalmente de dejar el espacio necesario para el pasaje del cordón espermático. En su procedimiento primitivo, el profesor Kocher hacia la torsión del saco una vez que era sacado por la pequeña abertura; además no resecaba la porción sobrante del saco, sino que lo suturaba por entero contra los pilares del anillo inguinal. La torsión del saco tenía el inconveniente de provocar dolores é incomo-

didades después de la operación; el saco dejado entero se mortificaba á menudo y comprometía la reunión. Mientras fuí interno del Hospital San Roque, tuve ocasión de observar el primero de estos inconvenientes en un caso operado por el doctor Juan B. Justo.

En cuanto al drenaje, se le emplea excepcionalmente en las operaciones radicales de hernia libre; la curación de la herida operatoria consiste en la simple hoja de gaza yodoformada que se fija con colodio y papilla de bismuto.

El procedimiento del profesor Kocher está destinado especialmente para las hernias inguinales oblicuas externas ó directas, y es empleado por su autor en los casos de hernias voluminosas ó de mediano volumen; en las hernias muy pequeñas se limita simplemente á extirpar el saco y aproximar los pilares con dos ó tres puntos de sutura.

En su libro (1) de operaciones, el profesor Kocher refiriéndose á su método, dice lo siguiente: Este método tiene sobre el muy conocido de Bassini, la ventaja de que no incinde el canal inguinal; si la herida supura y las suturas no resisten, con el método de Bassini sólo se obtienen perjuicios, mientras que con el nuestro se obtienen todavía resultados. Nuestro método — como lo ha confirmado von Angerer, de München, — es de ejecución más simple y rápida, y con relación á la exacta obliteración ú oclusión del orificio posterior del canal inguinal, es tan bueno como el método de Bassini.

Los tres casos de hernia crural han sido operados por el método simple ó primitivo. En el caso de la hernia crural irreductible, se trataba de una mujer vieja que tenía al mismo tiempo prolapso uterino; el profesor Kocher al mismo tiempo que operó la hernia, redujo el prolapso uterino resecando unos 20 centímetros del ligamento redondo izquierdo; dos días después de la operación el útero salía nuevamente por la vulva.

Como material de sutura, el profesor Kocher emplea la seda exclusivamente. En estos últimos tiempos se observaron algunas infecciones que fueron incriminadas á la seda; en vista de esto, el profesor Kocher ha resuelto esterilizar la seda haciéndola hervir en la solución de ácido arsenioso al 1 por

(1) Kocher. *Chirurgische Operationslhere*—2ª edición, año 1894.

5000, durante media hora y no durante diez minutos como se había hecho hasta ahora.

En general, los operados de hernia se levantan de la cama á los 8 ó 10 días después de la operación; no se les pone ningún vendaje ni se les aconseja el uso de braguero.

Los accidentes son casi siempre el punto de partida de reformas ó innovaciones. En la clínica del profesor Kocher se empleaba hasta hace algunos días la anestesia mixta por el cloroformo y el éter; pero un caso de muerte por el cloroformo acaecido recientemente, ha decidido al profesor Kocher á restringir en lo posible el uso de este último anestésico. El caso desgraciado fué el siguiente: niño de 12 años afectado de un enorme bocio coloideo, el profesor Kocher practicaba la tiroidectomia y el bocio ya había sido luxado; cuando el niño empezó á regurgitar la respiración se hizo irregular y acabó por suspenderse junto con el pulso. No se perdió tiempo para prestarle los auxilios que su estado requería, pero á pesar de la respiración artificial, trasqueotomía, infusiones y transfusiones de agua salada, el niño murió.

El niño sólo había respirado 7 gramos de cloroformo y los primeros accidentes se manifestaron al menos 10 minutos después de empezada la anestesia. En la autopsia se encontró tuberculosis pleuro-pulmonar de ambos lados y ligera degeneración grasosa del miocardio.

El profesor Kocher es muy poco partidario del cloroformo, y después de cada accidente lo va siendo menos; ya que no puede abandonarlo por completo ha resuelto restringir el uso de una manera considerable. Para esto lo ha reemplazado por el bromuro de etilo, y hoy las anestesias las hace siempre por el método mixto, pero con bromuro de etilo y éter. Para comenzar la anestesia, se vuelca en la máscara todo un frasco de 30 gramos de bromuro de etilo, y se aplica la máscara contra la cara, tratando de que entre la menor cantidad posible de aire; el paciente entra en una excitación violenta, pero al cabo de un minuto ó menos, cae en una relajación profunda. En este momento la máscara con bromuro de etilo es remplazada por otra con éter, y se continúa con este último anestésico, durante todo el resto de la operación.

Con el bromuro de etilo, la cara se congestiona y á veces se pone cianótica; pero estos inconvenientes desaparecen casi siempre una vez que la narcosis es completa. El bromuro de etilo, empleado en la anestesia mixta, tiene dos ventajas sobre el cloroformo: la primera es la de ser menos tóxica y la segunda de producir una narcosis rapidísima.

El profesor Kocher ha ideado también un procedimiento ó maniobra para hacer la respiración artificial. Esta maniobra consiste en tomar con cada mano, cada uno de los rebordes costales é imprimir á las costillas movimientos rítmicos de ascenso y de descenso: en el primer movimiento las costillas son levantadas de una manera *enérgica* y *sostenida*, de manera á producir la mayor dilatación posible del tórax; en el segundo movimiento las costillas son descendidas, apretando al mismo tiempo la base del tórax. Para hacer bien esta maniobra se necesita más destreza que fuerza, y para obrar cómodamente es necesario colocarse contra el tórax del paciente, dando el dorso hacia la cabeza del mismo.

En las personas gruesas, el reborde costal no constituye una *prise* sólida porque los dedos resbalan con facilidad, pero en esos casos se enganchará enérgicamente el reborde costal flexionando las dos últimas falanges de los dedos y hundiendo las uñas en la piel del enfermo, si es necesario.

En los casos de accidentes por el cloroformo ó por hemorragia, el profesor Kocher practica á menudo la traqueotomía y después hace la respiración artificial según la maniobra que acabo de indicar. En un caso de hemorragia operatoria grave, le vi hacer la traqueotomía y después insuflar aire con un fuelle en la cánula, aire que era expulsado comprimiendo la base del tórax.

Parece que en ciertos casos hay ventajas en incorporar á la masa sanguínea una cierta cantidad de agua salada, de lo que se ha llamado la *solución fisiológica*. Esto se hace con frecuencia en el servicio del profesor Kocher, y la indicación se la encuentra en estados diversos.

Si el agua salada se hace llegar á la sangre por intermedio de los vasos linfáticos del tejido celular subcutáneo, entonces se hace una *infusión;* si se la inyecta directamente en las venas se hace una *transfusión*. Tanto para la infusión como para

la transfusión se emplea la solución de cloruro de sodio, puro, en agua esterilizada, en la proporción de 7,5 por 1000, y á la temperatura de 38º centígrados. En el servicio del profesor Kocher se emplea un aparato distinto, según que se trate de hacer una infusión ó una transfusión. Para las infusiones se emplea el aparato siguiente: Un frasco de vidrio (retorta de laboratorio) provisto de un tapón de goma; este tapón de goma posee tres agujeros que dan paso á dos tubos de vidrio y un termómetro. Uno de los tubos de vidrio, por su extremidad interna termina dentro del frasco y su extremidad externa se ensancha en forma de embudo donde se coloca un poco de algodón esterilizado para filtrar el aire. El otro tubo, termina por un lado en el fondo del frasco y por el otro está en conexión con un tubo de goma. El termómetro sirve para conocer y graduar la temperatura del agua salada. El tubo de goma es muy delgado y tiene casi 2 metros de largo; por una de sus extremidades está en conexión con el tubo de vidrio que acabo de mencionar y por la otra está provista de una aguja como las de la jeringa de Pravaz, pero un poco más gruesa.

Para hacer la infusión se procede del modo siguiente: Se coloca primero la solución fisiológica en el frasco y se arreglan el tapón de goma y los tubos de vidrio y el termómetro, y se comprueba en seguida la temperatura del líquido, si el líquido traspasa los 38º centígrados, entonces se sumerje el frasco en un recipiente con agua fría y se le mantiene allí hasta que la temperatura del líquido haya descendido al grado que se desee; si por el contrario la temperatura del agua salada está por debajo de los 38º entonces se sumerje el frasco en un recipiente de agua caliente. Graduada así la temperatura del líquido entonces se coloca el frasco á la altura de un metro por encima del nivel del paciente y se introduce la aguja en el tejido celular subcutáneo de la cara interna de los muslos ó de los flancos; hecho esto, se afloja una pincita metálica colocada sobre el tuvo de goma, y entonces el sifón se establece; el líquido penetra lentamente en las mallas de tejido celular formando una placa que levanta la piel y que se va extendiendo poco á poco. La absorción del líquido es muy lenta y se la favorece haciendo un masage suave; para la absorción de un litro de agua salada se necesita al menos una hora.

Para hacer las transfusiones se emplea un aparato sencillísimo, que consiste en un embudo de vidrio, un tubito de goma de dos metros de largo y uu tubito corto de vidrio con una extremidad afilada en punta. En una extremidad del tubo de goma se adapta el embudo, y en la otra el tubito de vidrio y el aparato queda listo para funcionar. Se hace una pequeña incisión en el pliegue del codo y se pone á descubierto una de las venas superficiales de la región, generalmente la mediana cefálica; se hace un pequeño ojal en la vena y se introduce dentro de ella la punta del tubito de vidrio. El embudo de vidrio lleno de solución fisiológica á 38º ha sido mantenido á la altura de un metro por un ayudante, de manera que al abrir la vena, no hay más que sacar la pincita que conprime el tubo de goma para que el líquido entre en el torrente circulatorio. El líquido penetra con mucha más rapidez en las transfusiones que en las infusiones; en una transfusión se pueden hacer penetrar hasta 3 ó 4 litros en media hora.

Me parece inútil, hacer presente que los aparatos empleados para las infusiones y transfusiones, son lavados con sublimado, las agujas son esterilizadas, la piel del enfermo desinfectada, etc., y que la operación es conducida con la asepsia mas rigurosa. Sobre la picadura que resulta de las infusiones se coloca un pedacito de tafetán ó tela salicilada; la pequeña incisión que se hace para poner la vena á descubierto es suturada con uno ó dos puntos y curada antisépticamente. En la clínica del profesor Kocher las infusiones se emplean principalmente en los resecados del intestino ó estómago, operados del tubo digestivo, y en los laparotomisados en general. Se las emplea con el objeto de reparar las pérdidas de agua sufridas por el organismo de estos enfermos, calmar la sed que se declara en casi todos los operados del vientre, y por último con el objeto de facilitar la eliminación por el riñón de los principios tóxicos ó infecciosos que pudieran existir. Generalmente estas infusiones se practican los cuatro ó cinco primeros días que siguen á la operación; se infunden tres y hasta cuatro litros de solución fisiológica por día. He visto emplear muy á menudo estas infusiones y no he notado inconveniente ni accidente alguno. En cuanto á la transfusión de agua salada sólo la he visto emplear dos veces: en el caso del accidente por el cloroformo que he

mencionado y en un caso de hemorragia grave durante una trepanación del cráneo. En este último caso, el enfermo murió en la mesa de operaciones, á pesar de cuatro litros de agua salada que se le inyectaron en las venas.

Dr Nicolás Repetto
Asistente agregado de la clínica.

Berna, Julio 20 de 1895.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Influencia de los amargos y de los aromáticos sobre la secreción gástrica y sobre la digestión, por Jacontini.

El autor ha realizado en el laboratorio de materia médica de la Real escuela veterinaria de Nápoles, interesantes investigaciones experimentales, no sólo sobre la acción de los medicamentos indicados sino también sobre la digestión y el estado de las secreciones en el individuo normal; experimentó en perros á los que se practicó una fístula gástrica.

Sabido es que la opinión general fija la aparición de la pepsina y la formación del ácido clorhídrico en el jugo gástrico, en el instante de las comidas (*Lussana*). — Otros, como *Boas*, *Ewald*, *Tiedemann* y *Gmelin* créen que el estómago en ayunas no contiene jugo gástrico, pero que éste aparece bajo la influencia de cualquier estimulación de la mucosa. Otros aún, como *Schreiber* y *Robin* atribuyen al estómago continuidad en la secreción. — Por fin, mientras *Leo* opina que el HCl que se encuentra en ayunas es un residuo de la digestión anterior, *Rosenheim* afirma que es en ayunas que el estómago contiene el máximum de aquel ácido (0.02 ‰).

Las prolijas investigaciones de Jacontini demuestran que en ayunas hay un poco de jugo gástrico, débilmente ácido y conteniendo muy pequeña cantidad de ácido clorhídrico. Por lo demás, la duración de la digestión en estos perros de una comida de prueba (60 gramos de carne con un poco de sal) era completa al cabo de tres horas.

Fijadas estas condiciones de la digestión normal, el autor experimentó la acción de diversos medicamentos tales como infusión de genciana, infusión de quassia, cocimiento de co-

lombo, tintura acuosa de ruibarbo, tintura de cascarilla, tintura acuosa de aloes, esencia de menta, esencia de canela nitrato de estricnina, quinina, alcohol ordinario. He aquí las conclusiones á que llegó:

1º Los amargos, los aromáticos, los excitantes, cual más cual menos, hacen aumentar la secreción del jugo gástrico y su poder digestivo.

2º Mezclados á la comida de prueba:

a) El período de la digestión gástrica se abrevia;
b) La cantidad del jugo gástrico aumenta;
c) Son más activos y eficaces los movimientos del estómago;
d) El jugo gástrico aumenta de volumen y tiene poderes digestivos enérgicos.

3º Introduciendo el remedio en el estómago en ayunas:

a) Crece la cantidad de jugo gástrico;
b) El jugo tiene poder digestivo.

(*La Riforma Médica*, año 1895, núm. 174.)

Sobre la seroterapia del tifus, por KLEMPERER y LEVY.

Los autores dan cuenta de sus últimos ensayos llevados á cabo en la clínica médica de Estrasburgo. Habiendo ensayado primeramente la leche y especialmente la de cabra, que tiene un ligero poder inmunizante, reconocieron que su administración por la boca no bastaba, que por el recto se obtenía éxito, pero que no era ésta una vía práctica sobre todo en tifoideos; que por fin, por vía subcutánea nada útil podía hacerse en este sentido, puesto que era necesario inyectar grandes cantidades de leche.

De este modo, los autores han llegado á la idea de preparar un suero curativo del tifus. Como animal más adecuado para estos experimentos, escojieron el perro, cuya inmunidad natural contra el bacillus del tifus es de un alto grado. Con 15 cmc. de cultura en caldo de dos días y de mediana virulencia (0,20 cmc mataban una rata blanca), se podía producir la enfermedad en un perro, sin matarlo. Poco á poco, introduciendo culturas siempre más virulentas, los autores llega-

ron á acrecentar en modo notable la inmunidad natural del perro. Cuando esto se obtenía, el suero de este perro era experimentado en cuanto á su acción inmunizante. De estos experimentos se deduce que el suero es capaz no solo de hacer inmune contra la infección tífica, sino aún de curar esta última si es suministrado largo tiempo después que la infección se ha manifestado.

A la dosis de 5 cmc. ese suero es inocuo para el hombre. Los autores comenzaron con esta dosis en cinco enfermos de tifus, aumentando gradualmente hasta alcanzar 20 cmc. por inyección. Las inyecciones eran bien toleradas, no se observó ningún fenómeno secundario, ningún exantema, ni albuminuria. Todos los cinco enfermos se encontraban en la primera semana de enfermedad. De ordinario, tres días después de la primera inyección, comenzaba á observarse una remisión en la temperatura de la mañana.

La fiebre cesaba hacia el fin ó el principio de la tercera semana. Todos los casos evolucionaron como tifus leve. Si en esto tuvo influencia el suero, no puede indudablemente afirmarse de un modo seguro. Sólo puede decirse que la seroterapia del tifus es inocua y que no detiene de golpe el proceso de la enfermedad. Si es que ella tiene alguna influencia en el tifus, será la de hacer su curso más corto y más benigno; empero, la inmunidad procede más rápidamente.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, núm. 28, 1895.)

Fiebre ganglionar, por Hoerschelmann.

Estudia el autor 16 casos de la llamada fiebre ganglionar (*Pfeiffer*), caracterizada, como se sabe, por fiebre y tumefacción dolorosa de los ganglios linfáticos situados bajo el externo mastoideo y detrás de este músculo.

Describe una forma leve y otra grave. En la primera (10 casos), se encuentra, al lado de los dos síntomas principales, una cefalalgia de intensidad variable y náuseas, con ó sin vómitos. La fiebre dura algunas horas ó varios días, la sensibilidad de los ganglios tumefactos no dura largo tiempo y todo vuelve al orden al cabo de algunos días.

En la forma relativamente grave (5 casos), los síntomas

son los mismos, pero más acusados y durables. La fiebre tiene un carácter remitente; desaparece cuando la tumefacción de un grupo ganglionar comienza á resolverse y se enciende de nuevo cuando otro grupo ganglionar es atacado. Sucede aún que la tumefacción dolorosa ataca en varias ocasiones el mismo grupo ganglionar y cada nuevo ataque es acompañado de un empuje febril.

En un caso solamente la afección había tomado una marcha seria. El enfermo, niño de 7 años, fué atacado de fiebre ganglionar en apariencia simple, pero que, al cabo de algunos días, se complicó con bronquitis, otitis media supurada que requirió la trepanación de la apófisis mastoides, nefritis de tendencia hemorrágica. La fiebre, de caracteres netamente remitentes ó intermitentes, ha durado más de un mes. El enfermo concluyó por curar completamente.

En ningún caso, la adenopatía cervical ha supurado. Los dolores de vientre localizados entre el ombligo y la sínfisis, dolores sobre los cuales Pfeiffer insiste especialmente, no han sido notados sino en tres casos. El autor no los considera como teniendo un carácter específico.

Como en todos estos casos se trataba de epidemias de familia, fué fácil determinar la duración del período de incubación. El autor cree que varía entre cinco días y un mes; pero en la mayoría de los casos está comprendida entre 8 y 15 días.

La fiebre ganglionar sería para el autor una enfermedad infecciosa como parece probarlo la marcha de la fiebre, la aparición de epidemias de familia, la anemia, la debilidad y el abatimiento que deja.

Los medicamentos en general y los tópicos en particular, no parecen ejercer influencia alguna sobre la marcha de la enfermedad. Sin embargo, cuando se examina las curvas térmicas, se tiene la impresión de que la antipirina abrevia un poco la duración de la enfermedad.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, vol. XXXVIII, pág. 14.)

El seno histérico, por GILLES DE LA TOURETTE.

El autor llama de nuevo la atención sobre este tipo neto de histeria local y una de las manifestaciones más interesan-

tes de la neurosis, sobre todo al punto de vista quirúrgico; ha dado lugar, en efecto, á numerosos errores de diagnóstico seguidos á veces de la ablación de un órgano que, en esas circunstancias, solo era justiciable de la intervención médica.

En su conjunto, la afección histérica del seno consiste en un aumento temporario ó permanente del volumen del órgano con hiperestesia considerable de la piel que recubre la mama. La hiperestesia existe al estado permanente, pero se exalta en ciertos momentos, como por ejemplo durante las reglas. Entonces la mama se pone tumefacta, el mamelón se iergue, el órgano entero aumenta en proporciones que pueden doblar su volumen, si no más, y la crisis se acompaña á menudo de ataques más ó menos repetidos.

El aspecto del tegumento es muy variable según el caso, durante los paroxismos ó en sus intervalos.

Es que, en efecto, la tumefacción y los otros fenómenos, no se limitan siempre á la duración del paroxismo mismo. En los casos simples, ó cuando la afección se inicia, la hinchazón desaparece con el acceso doloroso, pero mucho más á menudo, sobre todo si los accesos son próximos, la tumefacción persiste en grados variables en los intervalos de los paroxismos, acompañándose siempre de esa hiperestesia cutánea exquisita que va á exaltarse por causas diversas. Si entonces se palpa el seno, se constata á veces la existencia de uno ó dos tumores, que no pasan generalmente el tamaño de un huevo de gallina y que son poco dolorosos por sí mismos, residiendo especialmente la hiperestesia en las capas superficiales de la piel. Es en estos casos sobre todo que la amputación del seno ha sido aconsejada y practicada.

La afección histérica del seno, teniendo cuenta de los períodos de aumento y de declinación es casi siempre muy tenaz y su duración puede ser muy larga, tanto más cuanto que es casi siempre sostenida por una terapéutica defectuosa, aplicaciones locales variadas, compresión elástica, etc.

En resumen, el seno histérico es una afección perfectamente caracterizada, que está bajo la dependencia de una zona hiperestésica histerógena de la piel de la región mamaria y de un edema del tejido conjuntivo de la glándula que puede revestir los aspectos blanco, rosado ó violáceo del edema histérico.

Al lado de esta forma en que la tumefacción del seno es uniforme, hay otra susceptible de la misma interpretación. En ésta, el edema, que en todos los casos es duro, no admitiendo la impresión del dedo, se localiza más particularmente en ciertos puntos bajo forma de tumores mórbidos que no se acompañan de infarto ganglionar, á menos, sin embargo, que existan ulceraciones. Pero estas últimas son muy raras, pues Gilles de la Tourette no menciona sino dos casos y los dos remontan al siglo anterior: son las observaciones tan curiosas de Carré de Montgeron.

(Nouvelle iconographie de la Salpetrière.)

Modificaciones á la piloroplastia, por Mayo Robson.

En la piloroplastia el principio de aumentar la luz del punto estrechado dividiendo el punto estenosado longitunidalmente y haciendo la sutura en el sentido transversal, es ingenioso y de gran utilidad práctica.

La invención pertenece á *Heineke* que hizo la primera operación en 1886, pero es conocida en la práctica con el nombre de *Heineke-Mickulicz* porque este último fué quien practicó la segunda un año después.

La estrechez simple del píloro es una afección poco frecuente, pero seguramente en este caso la piloroplastia sustituirá completamente á la operación de *Loreta* porque aquélla presenta menor peligro de recidiva. Una modificación importante y simplísima acaba de ser introducida á esa operación por *Mayo Robson* el cual usa el botón de hueso decalcificado de modo que ella se realiza más pronto y con menos puntos de sutura. En efecto, sirviéndose del botón de hueso, basta hacer simplemente una doble sutura continua, la primera para unir los bordes de la mucosa, la segunda para reunir los de la serosa.

El autor relata la historia de dos casos de estrechez del píloro en los cuales se practicó la piloroplastia sirviéndose del botón de hueso decalcificado, y en los dos casos se obtuvo curación completa. Esta modificación se usó solamente en caso de estrechez del intestino, y los resultados obtenidos son, como se ve, bien alentadores.

Las ventajas que ella ofrece sobre la operación clásica, pueden compendiarse así: obtención desde el primer momento

de un canal amplio sin comprometer en nada la unión de las suturas, y conclusión rápida de la operación. Tratándose de tejido cicatricial del píloro no hay peligro de grave hemorragia, pero si está adherente á los órganos vecinos, en vez del cuchillo es mejor destruir estas adherencias con el dedo. Para hacer más fácil la sutura, se puede hacer la incisión del píloro más vecina á su borde inferior, de modo que el ángulo superior quede bien en vista al hacer la sutura transversa de la incisión. Como material para la sutura, nada es mejor que el catgut.

(*British Med. Journal*, 20 Julio 1895. — *Riforma médica*, 1895, pág. 285.)

Formulario. — BROMIDIA. — Especialidad americana muy en voga en Europa. Para los médicos que prefieren no prescribir especialidades, M. Cabannes, farmacéutico de los hospitales de Montpellier, da la receta de una preparación que la reproduce casi esactamente y que ha sido experimentada con ventajas.

Jarabe de hidrato de cloral del Codex....	25 gramos
Bromuro de potasio.....	1 »
Extracto de *cannabis índica*.....	1 centigramo
Extracto de beleño.....	1 »
Agua alcoholizada (alcohol á 90º y agua p. i.)...	c. s. para hacer 30 cmc.

Se tritura en un mortero el bromuro con el jarabe de cloral hasta disolución y se vierte en un frasco de 30 gramos. Se disuelve en seguida los extractos en la cantidad de agua alcoholizada prescrita y se mezcla todo.

Se obtiene así una mixtura poco coloreada, límpida, que el enfermo absorbe más fácilmente que la Bromidia americana misma, en razón de su corrección por la esencia de menta que contiene el jarabe de cloral oficinal.

Su título es de 1 gramo de cloral y 1 de bromuro por 30 cmc. ó sea 50 centigramos de cada uno de estos dos cuerpos por cucharada de sopa.

Sociedad Médica de Socorros Mútuos—Una omisión involuntaria impidió que aparecieran en nuestro número anterior los nombres de los comisarios de esta asociacion para el año corriente. Son los siguientes:

Dr. Juan A. Boeri,	Bolivar 1205.
» Antonio Gandolfo,	Venezuela 1311.
» Gregorio Araoz Alfaro,	Santa-Fé 2394.

A ellos deberán dirigirse los médicos que deseen ingresar á la Asociacion.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 18

Anales del Círculo Médico Argentino

SEPTIEMBRE 30 DE 1895

MEDICACIÓN TIROIDEA

por el **Dr. Nicolás Repetto**

Asistente agregado de la clínica del profesor Kocher, en Berna

SUMARIO.—Rol fisiológico de la glándula tiroidea—Agente y formas de la medicación tiroidea—Caquexias cretinoide y tireopriva—Bocio vulgar—Bocio exoftálmico—Tuberculosis—Artritismo; lipomatosis, gota, psoriasis, etc.—Ictiosis.

Aparte del interés puramente científico que despiertan todas las cuestiones relativas á la glándula tiroidea, ellas tienen en Suiza una importancia local de primer orden, debido á la frecuencia extraordinaria con que el bocio es observado en dicho país. Puede afirmarse que no hay casi un médico suizo que no haya contribuído á la dilucidación de las cuestiones múltiples que encierra el estudio de la fisiología y patología de la glándula tiroidea; esta actividad general y constante se traduce en publicaciones, conferencias, comunicaciones, etc., trabajos que en su mayor parte contribuyen con datos de interés y nos aproximan al conocimiento exacto y completo de la cuestión.

En el mes de mayo del corriente año, los médicos suizos han celebrado en la ciudad de Lausanne su 5º congreso anual; las cuestiones relativas á la glándula tiroidea han sido el objeto de comunicaciones interesantes, y los doctores *Combe* y *Morin* han dado á conocer los ensayos practicados con la medicación tiroidea en diversas afecciones.

He creído que podía ser de algún interés para los lectores de los Anales, escribir una correspondencia sobre la medica-

ción tiroidea, y lo he hecho teniendo como datos lo que he oído en el congreso de Lausanne y lo que observo diariamente en la clínica de profesor KOCHER.

Antes de hablar de la medicación tiroidea, me parece útil consignar de una manera muy breve, el estado actual de nuestros conocimientos acerca del rol fisiológico de la glándula tiroidea.

Hasta hace poco tiempo, se asignaba cierto valor á la teoría mecánica ó de *Waldeyer*, según la cual la glándula tiroidea es un órgano regulador de la circulación cerebral. Ciertos hechos clínicos y experimentales vinieron á probar que la glándula tiroidea no ejerce simplemente un rol mecánico, sino que por el contrario, juega un rol químico tan importante como difícil de explicar. El primer hecho de una importancia capital para la fisiología de la glándula tiroidea fué establecido por la clínica y la experimentación: la atrofia, ciertas degeneraciones ó la extirpación total de la glándula provocan una caquexia que se ha llamado mixoedema.

La glándula tiroidea es pues no solo un órgano útil, sino indispensable para una vida en condiciones normales. ¿Cómo ejerce su acción? Para unos, segregando internamente un producto necesario para el buen funcionamiento del sistema nervioso central; y para otros, segregando un producto que serviría para destruir ó neutralizar una substancia tóxica proveniente de los procesos de desamilación celular, sustancia cuya presencia en el organismo causaría efectos perniciosos, especialmente sobre el sistema nervioso central.

Notkine, en un trabajo publicado en *La Semaine Medicale* de este año, afirma haber descubierto en la materia coloidea de la glándula tiroidea normal, una sustancia albuminoide, muy tóxica, á la cual ha dado el nombre de *Thiroproteido*. Esta sustancia acumulándose en el organismo sería el veneno productor de la caquexia tireopriva ó del mixoedema. Según *Notkine* el rol del cuerpo tiroide consistiría en apoderarse del *Thiroproteido* existente en la sangre y transformarlo en un producto inofensivo.

Los médicos suizos no atribuyen, en general, gran importancia á estos hechos que *Notkine* afirma haber constatado; si ellos son confirmados por observadores competentes, se habrá realizado un gran paso en el sentido de la solución de la cuestión, pero quedará siempre por descubrir la sustancia que segrega la glándula tiroidea y que sirve para neutralizar el *Thiroproteido*.

De manera que actualmente dos teorías tratan de explicar el rol fisiológico de la glándula tiroidea: según una teoría la glándula segrega un producto directamente útil para el sistema nervioso central; según la otra teoría el cuerpo tiroides sirve para neutralizar un principio tóxico, ya sea que esta neutralización se haga en la sangre ó en el cuerpo tiroides mismo.

El agente de la medicación tiroidea está constituido por las glándulas tiroides de carnero, que se administran al estado natural, ó bien haciéndolas sufrir una modificación previa. La forma más simple de administrar la glándula consiste en hacer tajadas delgadas ó un picadillo y darla á comer con un poco de pan, manteca y sal: de este modo el enfermo no se apercibe casi del gusto. Muchos médicos trituran las glándulas en un mortero agregando una cierta cantidad de agua; después filtran y obtienen un producto líquido, una especie de extracto que puede ser administrado por la vía digestiva ó por la hipodérmica. El extracto de glándula tiroidea es preparado á menudo siguiendo las indicaciones dadas por *Brown-Séquard* para la preparación del extracto de testículo.— En estos últimos años se ha tratado de hacer extractos secos de glándula tiroidea, y esto con el objeto de obtener un medicamento fácil de administrar y que en un pequeño volumen contenga una mayor cantidad de principio activo. En la clínica del profesor *Kocher* se emplean las píldoras de extracto seco de glándula tiroidea, preparadas según las indicaciones dadas por *Von Traczenski*; estas píldoras han ingresado al comercio bajo el nombre de *Thyroiden* y son preparadas por las droguerías de *Haaf* y de *Knoll*, de Suiza y de Alemania respectivamente. El *Thyroiden* es una sustancia pulverulenta, desprovista casi

de olor y de sabor: 1 gramo de esta sustancia representa 2 gramos de glándula tiroidea de carnero.

Estas dos casas comerciales expenden el *Thyroiden* en polvo, ó bien en forma de píldoras ó pastillas; hay dos clases de píldoras y de pastillas, las pastillas ó píldoras fuertes representan 0.50 gramo de glándula tiroidea, mientras que cada pastilla ó píldora débil representa solamente 0.25 gramo de dicha glándula.

Si se emplea la glándula tiroidea, es prudente no pasar la dosis de 10 á 12 gramos por día; el *Thyroiden* se da á la dosis máxima de 5 gramos por día. Tanto con las glándulas frescas como con el Thyroiden, se observan á veces ligeros inconvenientes: cefalalgia, epístasis, diarrea, debilidad de las piernas, etc., pero estos inconvenientes desaparecen disminuyendo la dosis ó suspendiendo momentáneamente el empleo del medicamento.

A los niños el *Thyroiden* puede ser administrado en polvo, mezclado con la leche ó el caldo; cuando los niños no saben ó no quieren tragar, puede administrarse el jugo de las glándulas en forma de enemas.

No he visto hacer inyecciones hipodérmicas con el extracto de la glándula tiroidea, ni he visto tampoco hacer injertos de dicha glándula; me ha parecido que en general se prefiere administrar el *Thyroiden* ó la glándula fresca pura y simplemente.

La eficacia de la medicación tiroidea está probada sobre todo en aquellos estados que derivan de la ausencia ó atrofia, congénita ó adquirida, de la glándula tiroidea. De estos estados los más importantes son dos: la caquexia cretinoide y la caquexia tireopriva.

La caquexia cretinoide se observa especialmente en niños que vienen al mundo desprovistos de glándula tiroidea ó en los cuales este organo está considerablemente atrofiado. Como lo ha dicho muy bien *Combe* en su comunicación al 5º congreso de los médicos suizos, la caquexia cretinoide está caracterizada por tres síntomas principales: 1º, *fascies* mixoedematosa; 2º, idiotismo, 3º, nanismo.

Las *fascies* mixoedematosas, se observan en todos los casos de una manera más ó menos notable. En una familia compuesta de cinco hermanos que he observado en la clínica del profesor *Kocher*, todos presentaban un espesamiento notable de la piel, especialmente de los párpados y de los labios, y una conformación irregular de la cabeza, debido al desarrollo incompleto de sus huesos. Estos cinco hermanos presentan una atrofia notable de la glándula tiroidea. En los dos enfermos de Combe, las *fascies* mixoedematosa se observa con todos sus caracteres típicos: cabeza grande, cara hinchada, cabellos rígidos, ásperos y gruesos, párpados y labios muy gruesos, vientre abultado con una hernia umbilical constante y en fin miembros gruesos, hinchados, deformados, paquidérmicos.

En cuanto al idiotismo, aunque en grados diversos, es observado en todos los casos de caquexia cretinoide. Los dos enfermos de *Combe* eran idiotas absolutos, pues no poseían ni el instinto de la conservación, y como dice *Combe*, ellos pertenecían á los *Planzenmenschen* (hombres plantas) de *Roesch* que no poseen más que la digestión y la respiración sin ningún movimiento voluntario. La familia de caquécticos de que he hablado no son idiotas absolutos como los de *Combe*, pero están muy lejos de poseer la inteligencia y el carácter propios de la edad; comparados entre sí, estos hermanos son desigualmente idiotas.

El nanismo es un síntoma que se observa de una manera notable en los casos de caquexia cretinoide. Los dos enfermos de *Combe* tenían 2 y 4 años respectivamente; el primero media 68 centímetros y el segundo 69 centímetros; haciendo abstracción de la cabeza, el cuerpo había quedado tal cual era á la edad de dos meses; además ninguno de los dos niños poseía dientes.

En la familia de cretinos observada en la clínica del profesor *Kocher*, el nanismo era notable; el mayor de los hermanos de 14 años de edad, tenía todo el aspecto de un niño de 5 á 6 años; en todos ellos se observaba un desarrollo imperfecto de los huesos y de los dientes.

Combe trató á sus dos enfermos del modo siguiente: 3 gramos de glándula tiroidea por día, picada y triturada en un mortero, agregando un poco de agua; esta papilla fué filtrada y el líquido obtenido fué administrado primero en enemas, y después

mezclado con leche tibia. Este tratamiento fué hecho durante 4 días, después 4 días de interrupción y así sucesivamente.

A los 15 días de comenzado el tratamiento, la tumefacción de la piel de los párpados, labios y miembros había desaparecido; el vientre había disminuído de volumen y la hernia umbilical había desaparecido (!).

2 meses después los niños empezaron á marchar, los ojos se hicieron más vivos y expresivos, los niños hablaban ya algunas palabras y daban muestra de una inteligencia que no habían revelado hasta entonces.

13 meses después del tratamiento el niño de 4 años había crecido 20 centímetros, tenía todos los dientes y marchaba solo. El niño de 2 años en 6 meses de tratamiento creció 11 centímetros, le aparecieron todos los dientes y marchaba apoyándose ligeramente.

La familia de caquécticos que he observado en la clínica del profesor *Kocher* fué sometida al tratamiento por el *Thyroiden* dado á la dosis de 5 gramos por día, mezclado á la leche ó el caldo. A las dos semanas de comenzado el tratamiento todos los niños habían enflaquecido, ó al menos causaba esa impresión porque la tumefacción de la piel había disminuído notablemente; se observó también un estado más lúcido de la inteligencia. Solamente la dósis de 5 gramos diarios de *Thyroiden* había provocado una gran debilidad de las piernas y fué necesario disminuirla. Estos niños serán tratados por el *Thyroiden* durante seis semanas, al cabo de las cuales serán sometidos á un examen prolijo para constatar los resultados obtenidos; se suspenderá también el tratamiento durante algunas semanas, para ver si la suspensión de la medicación tiroidea provoca una agravación de los síntomas.

Los cinco hermanos que constituyen esta familia de caquécticos presentan todos una atrofia considerable de la glándula tiroidea, mientras que los dos enfermos de *Combe* tenían ausencia absoluta de dicha glándula. Esta circunstancia explica muy bien por qué en los dos casos de *Combe* los síntomas de caquexia cretinoide eran más pronunciados que en la familia aludida. Además, los casos de *Combe* han sido muy favorables para tratar, porque la tierna edad de los enfermos permitía luchar con ventajas aun contra el nanismo, cosa que se hace más difícil cuando los niños han alcanzado cierta

edad y el sistema óseo se ha desarrollado de una manera más ó menos imperfecta.

La caquexia tireopriva ó mixoedema operatorio es un estado consecutivo á la extirpación total de la glándula tiroidea. Hoy día, los cirujanos se guardan muy bien de provocarla y para eso dejan siempre una porción de glándula; pero cuando no se conocía todavía la importancia fisiológica del órgano los cirujanos hacían extirpaciones totales y de allí esos casos de caquexia que nos es dado observar aun hoy día.

En el servicio del profesor *Kocher* he observado durante varios meses dos casos de caquexia tireopriva; son tipos que presentan un aspecto tan particular y característico, que basta ver un solo caso para reconocer en seguida todos los que se presenten. Estos dos caquécticos habían sido tiroidectomizados á la edad de 14 y 16 años respectivamente; desde entonces el crecimiento del cuerpo se había detenido completamente, pero los enfermos habían ganado en anchura, se habían hecho más gordos, más hinchados.

La cabeza de estos caquécticos presenta rasgos característicos: 1º Hinchazón general de la piel de la cara y de la frente, especialmente de los labios y de los párpados. 2º Pigmentación oscura difusa de todo el cuerpo; esta pigmentación es más intensa en algunos puntos y forma manchas irregulares, que se observan de preferencia en la frente y las mejillas. Los pómulos de estos caquécticos presentan generalmente un ligero color rosado, que hace un contraste notable con el fondo obscuro de la piel. 3º Espesamiento, rigidez y cambio de coloración de los cabellos; los cabellos toman el aspecto de la cerda, se hacen quebradizos y adquieren un color marrón parecido al pelo de las ratas viejas. 4º Palidez notable de las mucosas — labios y conjuntivas — y coloración blanca muy intensa y brillante de la esclerótica.

Estos son los rasgos principales ofrecidos por los dos caquécticos que he tenido ocasión de observar; agregaré que la tumefacción de la piel era generalizada á todo el cuerpo. Al lado de este aspecto físico, los caquécticos presentan perturbaciones funcionales caracterizadas por una debilidad ó disminución de la energía de todas las funciones del organismo; además, en estos enfermos, la resistencia á las infecciones se halla notablemente disminuída, especialmente á la infección tuberculosa.

Estos dos caquécticos han sido sometidos á las píldoras de *Thyroiden*, á la dósis de seis píldoras fuertes por día; bajo este tratamiento los dos enfermos han acusado un bienestar que no saben precisar, pero que se traduce por mayor apetito, digestiones más fáciles, disminución de la debilidad muscular, inteligencia más despejada, en una palabra, por una actividad mayor de todo el sistema nervioso. Hace más de tres meses que vengo observando á estos dos caquécticos, y aparte de la mejoría funcional, que es considerable, las píldoras de Thyroiden no han producido ninguna modificación en el aspecto físico de los enfermos.

Tanto en la caquexia cretinoide como en la tireopriva, la medicación tiroidea debe ser continuada durante toda la vida, pues es ella la que suple la ausencia de la glándula. En los casos de caquexia consecutivas á la atrofia congénita de la glándula, yo no sé si el empleo continuado de la medicación tiroidea podría provocar el desarrollo de la glándula atrofiada, aun cuando si nos fundamos en consideraciones teóricas y prácticas, habría que creer que la atrofia se pronunciaría más.

Se acaba de ver los beneficios obtenidos con la medicación tiroidea, en aquellos estados que derivan de la ausencia ó de la atrofia de la glándula tiroidea; ahora por el contrario vamos á estudiar la acción de dicha medicación en un estado aparentemente opuesto, es decir, en el bocio vulgar.

Bajo el nombre de bocio vulgar se comprenden la simple hipertrofia de la glándula tiroidea, ó la hipertrofia acompañada de degeneración quística ó coloidea; los bocios hipertróficos, quísticos, coloideos y vasculares, son bocios vulgares, mientras que la degeneración cancerosa ó sarcomatosa de la glándula constituye el bocio maligno.

Bruns fué el primero en anunciar que la ingestión de glándula tiroidea provoca una disminución gradual del bocio vulgar; este hecho fué confirmado por *Kocher* y después por otros observadores. El exámen histológico de una glándula tiroidea — proveniente de un cotudo que había sufrido el tratamiento tiroideo — ha dado á *Langhans*, profesor de anatomía patológica en la universidad de Berna, el siguiente

resultado: el contenido coloideo de los alveolos de la glándula parecía muy disminuído, muchos alveolos estaban vacíos debido á la reabsorción de la sustancia coloidea.

Es difícil explicar la acción que ejerce sobre el bocio la medicación tiroidea. El Dr. *Lanz, privatdocent* de la clínica del profesor *Kocher*, ha ensayado la siguiente explicación: Admite que en los bocios hay partes sanas que se hipertrofian para reemplazar las funciones de las partes enfermas; bajo la influencia de la medicación tiroidea, estas partes sanas no estarían ya obligadas á funcionar tan activamente y de allí su disminucion de volumen y vuelta al estado normal.

Sea cual fuere la explicación, el hecho es que la medicación tiroidea ejerce una acción favorable contra los bocios vulgares; esta acción ha sido controlada por el microscopio y yo he tenido ocasión de observarla varias veces, especialmente en un enorme bocio hipertrófico con nódulos coloideos difusos que disminuyó rápidamente de volumen bajo la acción de la medicación tiroidea. En el servicio del profesor *Kocher*, los bocios vulgares son tratados sistemáticamente por las píldoras de *Thyroiden* ó por el yoduro de potasio; cuando se emplea el *Thyroiden* es á la dosis de 6 á 8 píldoras fuertes por día. Todos los bocios vulgares no mejoran rápidamente con la medicación tiroidea; muy á menudo (10 %) es necesario practicar la tiroidectomia por razones de compresión, incomodidad, ó estética.

Como es fácil de suponer, la medicación tiroidea no ejerce ninguna acción favorable sobre los bocios malignos, cáncer ó sarcomas; pero en estos casos la medicación tiroidea sirve para prevenir la caquexia tireopriva, que tiende á declararse una vez que se ha hecho la tiroidectomia total, único tratamiento racional en ese género de casos.

La medicación tiroidea ha sido ensayada contra el bocio exoftálmico, por diversos médicos y con resultados contradictorios; mientras que unos han obtenido mejorías consi rables de la enfermedad de Basedow, otros, por el contrario, han observado una agravación notable de todos los síntomas.

Hasta hace poco tiempo el profesor *Kocher* pensaba que el bocio exoftálmico era debido *únicamente* á la hipersecreción de la glándula tiroidea; últimamente ha admitido que los síntomas de la enfermedad de Basedow pueden *depender también* de ciertas alteraciones que tienen su asiento en la médula alargada. Que la hipersecreción de la glándula tiroidea sea idiopática, ó sintomática de una lesión de la médula alargada, ella es la causa de la enfermedad de Basedow y es contra esta hipersecreción que debe ser dirigido el tratamiento.

Partiendo de su teoría, el profesor *Kocher* no emplea la medicación tiroidea en el bocio exoftálmico, y en un caso en que la ha ensayado observó una agravación notable de todos los síntomas. El profesor *Kocher* se limita á hacer la ligadura de dos ó tres de las arterias tiroideas, con el objeto de disminuir la vascularización de la glándula y con ello la actividad secretoria. He visto hacer la ligadura de las dos arterias tiroideas inferiores en una mujer que presentaba exoftalmia, palpitaciones, 139 pulsaciones por minuto, y un cuerpo tiroides muy voluminoso con latidos, soplos, *trill*, etc. Después de la operación los latidos del cuerpo tiroides cesaron y la enferma acusó en seguida un bienestar considerable; 8 días después de la operación el pulso había descendido á 80 por minuto, las palpitaciones habían desaparecido y el cuerpo tiroides había disminuído notablemente de volumen. En el corriente semestre el profesor *Kocher* presentó en la clínica una mujer, que tres años antes había sufrido la ligadura de las arterias tiroideas por bocio exoftálmico; la mujer sentía de tiempo en tiempo ligeras palpitaciones y presentaba ligero temblor de las manos, pero los demás síntomas no habían vuelto á presentarse.

Pero al lado de estos hechos de *Kocher* hay otros que son igualmente significativos. Sin insistir en la afirmación de *Notkine* según la cual pequeñas dosis de *Thiroproteido* mejorarían considerablemente el bocio exoftálmico, han sido citados varios casos de enfermedad de Basedow en los cuales la medicación tiroidea ha dado excelentes resultados. A este respecto merecen citarse los dos casos comunicados por *Morin* al 5º congreso de los médicos suizos. Se trataba de dos enfermas en las cuales todos los tratamientos habituales habían fracasado; una de las enfermas presentaba síntomas tan

graves de bocio exoftálmico, que el profesor *de Cerenville*, de Lausanne, aconsejó la tiroidectomia para evitar el peligro de compresión por el gran volumen de la glándula. La enferma no aceptó la operación y entonces *Morin* la sometió al tratamiento tiroideo; recibió al principio algunas inyecciones subcutáneas de líquido tiroideo preparado según el método general de *Brown-Séquard*, después ella continuó la cura tomando cada día de 6 á 8 gramos de glándula tiroidea de carnero. Pocas semanas después la enferma había cambiado completamente; el pulso había caído de 130 á 80 por minuto, el bocio había desaparecido casi del todo lo mismo que la exoftalmia, y todos los otros síntomas se habían atenuado considerablemente.

Según *Morin*, casos análogos han sido observados por otros médicos, especialmente por *Moyau y Voisin*.

Es difícil conciliar los hechos de *Kocher* con los citados por *Morin*; sin embargo, *Lanz* ha tratado de conciliarlos admitiendo que la enfermedad de Basedow previene, no de una simple hipersecreción (hipertireosis), pero de una alteración de la secreción (distireosis); bastaría introducir en el organismo el jugo tiroideo normal para hacer cesar los síntomas debidos á una intoxicación por el jugo alterado de la glándula enferma.

El Dr. *Girard*, profesor de la universidad de Berna, comunicó al 5º congreso de los médicos suizos los elementos de un trabajo en preparación y que le ha sido sugerido por la lectura de un artículo publicado hace cincuenta años en la *Prager Vierteljahrschrift*, artículo que trata de las relaciones del bocio con la tuberculosis.

El profesor *Girard*, por otra parte, había oído muchas veces en el cantón de Berna que la gente del pueblo declaraba felices á los cotudos, pues ellos son privilegiados bajo el punto de vista de otras enfermedades. Entonces el profesor Girard quiso reconocer lo que había de cierto en todo esto, é hizo hacer por uno de sus discípulos una investigación en diversas clínicas de la Suiza, y de esta manera pudo reunir unos 2000 casos de bocio netamente estudiados y diagnosticados. De estos trabajos parece resultar que la tuberculosis

puede encontrarse en los bocios fibrosos ó quísticos en los cuales las funciones de la glándula están abolidas ó alteradas, mientras que se la encuentra muy raramente en los casos de bocio parenquimatoso. La tuberculosis pulmonar es sobre todo muy rara en estos últimos casos.

El Dr. *Morin* en su comunicación hecha al 5º congreso de los médicos suizos se ha ocupado también de esta especie de antagonismo — si puedo expresarme así — que parece existir entre el bocio y la tuberculosis. El Dr. *Morin* ha notado desde hace mucho tiempo la poca frecuencia del bocio en los tuberculosos; piensa que la flacura excepcional y precoz del cuello en los tísicos, esa saliencia notable de los cartílagos tiroides y cricoide, ese gran hundimiento de la fosa supraesternal, no son debidos únicamente á la desaparición del tejido grasoso, pero también al pequeño volumen de la glándula tiroidea.

El Dr. *Morin* se pregunta si la atrofia de la glándula tiroidea precede la infección tuberculosa, ó bien si es una de sus primeras consecuencias; se pregunta también si una glándula tiroidea normal ó aumentada de volumen por efecto de la hiperplasia de los elementos glandulares, confiere una inmunidad contra la infección tuberculosa.

En seguida el Dr. *Morin* citó dos hechos que le parecen estremadamente interesantes.

1º — En una familia que *Morin* ha podido observar después de un gran número de años, la madre ha muerto de tuberculosis á los 45 años; el padre, débil, caquéctico, atacado de bronquitis crónica y de bronquiectasia ha muerto de marasmo senil á la edad de 78 años; era portador de un bocio voluminoso. Dos hijos han muerto tísicos entre los 20 y 25 años y los dos tenían la glándula tiroidea netamente atrofiada; quedan actualmente seis hijos vivos. De estos seis hijos dos mujeres y un varón gozan de perfecta salud; una de las mujeres tiene un bocio voluminoso, la otra mujer y el hermano tienen la glándula tiroidea muy voluminosa. Los otros tres hermanos tienen el *habitus* tísico, son flacos y enfermizos y tienen la glándula tiroidea muy atrofiada.

En presencia de estos hechos, Morín se pregunta si el padre y los tres hijos que han escapado á la infección tuberculosa, lo deben á la hipertrofia de la glándula tiroidea.

2º — *Morin* acaba de ver á una mujer joven que hace algu-

nos meses partió para Leysin con una infiltración tuberculosa de ambos vértices; después de la cura de invierno el estado de sus pulmones ha mejorado de una manera sorprendente. Ya no hay rales ni soplos brónquicos; no se constata más que una respiración entrecortada con aspiración prolongada en uno de los vértices. La enferma no tose más, ha aumentado 7 kilos y se considera curada; en todo caso ella ha mejorado considerablemente. Pues bien, esta persona en la cual *Morin* no recuerda haber constatado un aumento de volumen de la glándula tiroidea antes de la partida, presenta ahora una glándula netamente hipertrofiada. *Morin* admite que el cuerpo tiroides ha podido participar del aumento del cuerpo entero; sin embargo, este cambió de volumen le llama extraordinariamente la atención.

Desde hace muchos meses *Morin* viene examinando sistemáticamente el cuerpo tiroides de todos los tuberculosos que le caen entre las manos y ha pedido también á varios colegas que lo informen sobre este mismo punto; resulta de todas estas observaciones que en la gran mayoría de tuberculosos la glándula tiroidea es muy pequeña ó aun considerablemente atrofiada. Es cierto que algunas veces se ha observado un ligero bocio en un tuberculoso, pero se ha tratado siempre de un tumor duro, fibroso, donde se podía admitir que los elementos glandulares estaban muy reducidos, si no habían desaparecido por completo.

Si la atrofia de la glándula tiroidea crea una predisposición á la tuberculosis, resultaría que los mixoedematosos estarían particularmente expuestos á la infección bacilar. *Morin* no sabe lo que sucede con la caquexia tireopriva, pero en todo caso en la caquexia cretinoide ó mixoedema espontánea esta proporción considerable de tuberculosos ha sido notada. *Mackensie* sobre 71 mixoedematosos ha encontrado 20 tuberculosos. Este hecho es ciertamente muy interesante.

Morin ha pensado que la idea de tratar los tuberculosos por la medicación tiroidea se desprende de todas estas constataciones, y en consecuencia ha empezado á emplear ese tratamiento en todas las formas de tuberculosis que se le han presentado: pulmonar, adenitis, osteitis, etc. Hace poco tiempo que ha empezado estos ensayos y no puede todavía presentar los resultados, pero desearía ver entrar á sus colegas en esta nueva vía, y que el tratamiento fuera ensayado en

gran escala en las clínicas y en los servicios de hospital, allí, donde su aplicación es más fácil y donde pueden apreciarse mejor los resultados.

Morin no espera ningun resultado de este tratamiento en las formas avanzadas de tuberculosis pulmonar ó en las tuberculosis quirúrgicas llegadas á la supuración; piensa que los casos que se prestarían más á estos estudios son el lupus, la adenitis y la tuberculosis pulmonar en su comienzo.

Para sus ensayos, *Morin* ha empleado las píldoras de *Tyroiden*; para las adenitis ha empleado las inyecciones en el parénquima de las glándulas enfermas de extracto glicérico de glándula tiroidea. *Morin* asegura que en las tuberculosis incipientes, en las adenitis y osteitis no supuradas, la administración de la glándula tiroidea ha sido bien soportada y que ha producido cierta mejoría. Los resultados obtenidos son positivamente alentadores y justifican la prosecución de estos ensayos.

Mendel ha observado que los enfermos tratados con el jugo tiroideo excretan una cantidad muy considerable de orina, úrea y sobre todo de ácido úrico, y que el peso del cuerpo disminuye; de todo esto *Mendel* había concluido naturalmente que el jugo tiroides produce un aumento de las combustiones orgánicas.

Combe ha pensado, lo mismo que otros observadores, que este tratamiento estaba indicado en las enfermedades caracterizadas por una disminución de la secreción del ázoe urinario, enfermedades que se comprenden en Francia bajo el nombre de diátesis artrítica ó úrica. La lipomatosis, las arenillas, ciertas psoriasis y eczemas, la hemicranea, etc., pertenecen á esta gran familia, y han empezado á ser tratadas con la medicación tiroidea.

Parece que *Charrin* y *Roger* han obtenido buenos resultados con la medicación tiroidea en el tratamiento de la lipomatosis; el mismo *Combe* que citó este hecho asegura haber observado un enflaquecimiento considerable en un gotoso que sometió al tratamiento tiroides.

Combe ha observado una mujer atacada desde muchos años

atrás de una psoriasis inveterada y muy generalizada; bajo la influencia del tratamiento tiroides la psoriasis ha desaparecido casi; las neuralgias violentas, los dolores articulares, las deformaciones tóficas que acompañaban á menudo las *poussèes* de este caso de psoriasis, han cesado completamente después del tratamiento. Al mismo tiempo, la orina muestra un aumento considerable de la eliminación de la úrea y del ácido úrico.

ANTES DEL TRATAMIENTO

Urea 8,6 Acido úrico 0,28

Después del tratamiento con tres gramos de glándula por día

	1ª semana	2ª semana	3ª semana	5ª semana	7ª semana
Urea	12,5	28	29,3	36	38
Acido úrico.	0,30	0,38	0,58	0,78	0,90

El empleo de la medicación tiroidea en la psoriasis no es una novedad de estos últimos tiempos, pues yo recuerdo haber leído en *La Semaine Medicale* del año 1893 una noticia relativa á los ensayos practicados por un médico inglés. Sin embargo, el caso de Combe es un hecho positivo en favor de la medicación tiroidea, y es en ese sentido que lo he consignado.

El mismo *Combe* ha tratado en plena crisis á un viejo gotoso; desaparición excesivamente rápida de la fiebre, del dolor de la rubefacción y tumefacción de las manos y de los piés.

Orina: antes del tratamiento		Una semana después del tratamiento
Urea.....	23,8	34,2
Acido úrico.	0,03	0,72

Para terminar, diré que el profesor *Girard*, de Berna, está tratando actualmente con la medicación tiroidea, dos niños afectados de ictiosis, aun cuando el tiempo transcurrido no permite todavía hablar de resultados parece observarse ya una sensible mejoría.

Berna, agosto 1º de 1895.

LA SEROTERAPIA EN LA TUBERCULOSIS

Por el profesor E. Maragliano

Director de la clínica médica de Génova

(Comunicación hecha el 1º de agosto de 1895 á la «British Medical Association» de Londres).

Cada anuncio de tratamiento de la tuberculosis es generalmente recibido con desconfianza, y la persona que lo hace tiene que afrontar preventivamente las dudas del auditorio.

Son desconfianzas perfectamente justificadas porque las ilusiones sobre este asunto son muchas, y hay algunas que están unidas á nombres apreciados en la ciencia, de los cuales, el inmenso deseo de prestar un gran servicio á la humanidad, ha hecho experimentar dolorosos desengaños.

Sin embargo,—y sobre esto no puede haber duda—la tuberculosis sana; nos lo demuestran todos los casos, y son muchos, en los cuales el bacilo de Koch, pululando en las vías aéreas, ha creado en el pulmón un pequeño foco tuberculoso, desarrollado en silencio y que, siempre dominado victoriosamente por el organismo, sin la ayuda de los médicos y de la medicina, llega á ser demostrado después en la muerte, ocasionada por vejez ó por causas accidentales.

El organismo pues, así como combate y sana con sus fuerzas muchas otras infecciones, combate y sana también la tuberculosis.

¿Cuáles son estas fuerzas? ¿Podemos provocar artificialmente la explicación ó el desarrollo de ellas, sea con un fin preventivo, ó sea con un fin curativo?

Es por este concepto simple y claro que pretende imitar á la naturaleza en sus procedimientos defensivos contra las infecciones, que han nacido ciertamente las prácticas de la *vacuna*, de la *inmunización* y de la *seroterapia*.

¿Es posible creer que se pueda aplicarla con éxito al tratamiento de la tuberculosis?

La idea de esta aplicación ha nacido en Francia, valiéndose

de las inyecciones de sangre extraída de las cabras ó de los perros, por medios naturales y genéricos, que emplean en su defensa los animales si no siempre, casi siempre inmunes; ó mejor, provocando en los animales la producción de los medios específicos de defensa con la vacunación tuberculosa, para trasportarlos después en el organismo de otros animales y del hombre.

Hasta hoy día, empero, todas las tentativas hechas en este orden de ideas no han permitido presentar aún resultados decisivos.

Richet y Hericourt, *Babés*, y otros, han recolectado, es verdad, preciosos materiales para el estudio de esta cuestión; pero hasta ahora no poseemos elementos suficientes para hablar de una *seroterapia* en la tuberculosis, como se puede hablar con respecto á otras enfermedades.

Permitidme que os diga ahora lo que he hecho con respecto á tal cuestión después de tres años de trabajo, y que lo diga sin pretensiones, sin entusiasmo, con toda la severidad que requiere un asunto tan discutido.

Mis estudios se refieren al suero específico: es decir, á un suero que presumiblemente contiene antitoxina tuberculosa.

La primera dificultad consiste en el modo de conseguirlo, y es esta dificultad que ha paralizado hasta ahora, yo creo, los esfuerzos de todos aquellos que se han ocupado del asunto.

Las indagaciones hechas por otros hasta aquí con este objeto fueron conducidas en su mayor parte vacunando los animales, con culturas de tuberculosis de aves y de tuberculosis humana, con el objeto de llegar á la inmunización.

Este punto de partida que era perfectamente lógico y severamente científico, no dió resultados, ó si los dió fueron muy dudosos.

Haciendo caso omiso de que desagrada siempre el valerse con un fin terapéutico de un suero extraído de animales infectados con tuberculosis, es cierto que no se han obtenido resultados convincentes, sobre los animales ni sobre el hombre.

Babés, solamente, juzgando por lo que dijo sumariamente en la comunicación hecha por él al Congreso de la Tuberculosis, habría obtenido algún resultado más alentador, pero nada más; porque me consta que lo publicó después de ha-

berse bien resuelto á ello. El hecho de que casi todos los perros vacunados y que debían proveer el suero, morían, demuestra que tampoco él ha encontrado un método práctico de fácil aplicación clínica, para la preparación de un suero eficaz.

Paquin de Nueva York, ha afirmado recientemente haber preparado con la vacuna, por medio de culturas de tuberculosis en los caballos, un suero que le habría dado buenos resultados; pero la comunicación hecha por él al último Congreso de médicos americanos, no permite avalorar la seriedad y el alcance de sus observaciones.

El suero fué por mí preparado en los perros, en los burros y en los caballos, con procedimientos distintos de aquellos seguidos hasta ahora, rechazando de una manera absoluta las culturas con bacilos vivos y sirviéndome exclusivamente de principios muy tóxicos extraídos de ellos, capaces de matar aún en dos ó tres días á los chanchitos. Por lo que me consta ninguno ha usado jamás, para la vacunación de los animales, materiales dotados como el mío, de tan gran poder tóxico.

Creo inoportuno, por ahora, extenderme sobre la modalidad de las vacunaciones: diré solamente que de esta modalidad depende todo el poder antituberculoso del suero. La naturaleza de los materiales vacunadores, la duración de la vacunación y el tiempo, son los factores principales del poder del suero. Entran también en esto las condiciones particulares de los animales vacunados.

Las vacunaciones progresivas hechas con el método por mí empleado, inmunizan á los perros contra las inyecciones endovenosas de tuberculosis humana muy activa.

No doy sin embargo á este hecho, una gran importancia.

No es verdaderamente necesario, que un animal sea inmunizado contra una afección para dar suero que contenga antitoxina.

Se pueden conseguir de hecho animales no inmunizados y sin embargo capaces de proveer un suero dotado de valor curativo.

Este hecho, ya notado con respecto á otras infecciones, debe considerarse como cierto, aún para la infección tuberculosa.

Por lo demás, la inmunización de los animales generalmente

refractarios, como los perros, caballos y burros, deja siempre el derecho de fundar objeciones.

Me he ocupado de establecer los criterios fundamentales para deducir el poder antituberculoso de un suero. Es un problema de solución muy difícil. La gran diferencia que existe entre los productos tóxicos del bacilo diftérico, y los del bacilo tuberculoso, dificulta el poder tomar para el suero antituberculoso, como punto de partida, la neutralización de una cantidad dada de materiales tóxicos, con una cantidad dada de suero y establecer así en cifras el poder inmunizante del mismo suero.

Me he ocupado bastante de esta determinación, pero hasta ahora nada de positivo he conseguido. Por lo demás, estoy convencido que tales determinaciones, no pueden tener la precisión que se le quiere atribuir en Alemania, para otras infecciones, porque no se puede pretender ni la constancia de acción de los materiales tóxicos, ni la constancia inmunizante de los sueros, ni que sea tampoco siempre igual la parte que corresponde en este estudio al organismo del animal que sirve de control, cosa que no es despreciable.

Es pues la perseverancia en estos estudios la que ha originado en mí otra convicción: y es que no se puede en tal asunto aplicar las relaciones de una especie de animales con otra, hecho probado de una manera clara por *Buchner*, cuando demostró que el suero *antitetánico*, preservaba del veneno tetánico á lo ratones y no á los chanchitos.

He querido pues buscar si era posible en el hombre mismo, obtener un dato para determinar el poder del suero. En esta parte he obtenido resultados más positivos, del estudio de la acción combinada del suero y de la tuberculina. Inyectando en un sujeto tuberculoso, tuberculina y suero en cantidad suficiente, no se obtiene ninguna reacción, ni general ni local, mientras la misma cantidad de tuberculina determina reacciones generales y locales.

El poder de un suero para anular la acción tóxica de la tuberculina constituye el punto en que se encuentran mis estudios; es momentáneamente el medio más eficaz para juzgar el poder de un suero terapéutico antituberculoso.

Los datos obtenidos por estas indagaciones, no pueden ser absolutos sino relativos, porque es diferente en los distintos sujetos tuberculosos el modo de reaccionar á la tuberculina.

Acción biológica del suero.—He estudiado la acción biológica del suero. Hé aquí lo que he observado.

(a) *Influencia sobre la temperatura.*—El suero por sí mismo tiene las propiedades pirógenas de todos los sueros, inherentes no á la calidad, pero sí á la cantidad de suero usado.

Como se ha notado, el suero normal de un animal sano, inyectado bajo la piel, en una cierta cantidad, provoca la elevación térmica y son también capaces de provocarla los sueros artificiales.

(b) *Influencia sobre la circulación.*—El aparato circulatorio no experimenta ninguna influencia inmediata por la acción del suero. Naturalmente en aquellos que usan las inyecciones con método y que mejoran, con esta mejoría se nota también una disminución en la frecuencia del pulso y mayor plenitud, que corresponden á las condiciones generales mejoradas.

(c) *Influencia sobre la sangre.*—En cuanto á la sangre, las inyecciones producen siempre una leucocitosis más ó menos notable, que alcanza cifras considerables.

Hemos observado enfermos, que presentaron un aumento hasta 25.000 glóbulos blancos por milímetro cúbico, con un término medio de tres á cuatro millones de glóbulos rojos.

Los glóbulos rojos aumentan proporcionalmente con la mejora de la nutrición, lo mismo que la hemoglobina.

(d) *Modificaciones de la orina.*—Las orinas no presentan generalmente, á consecuencia de las inyecciones, modificaciones apreciables. En algunos casos en los cuales se inyectaron 10 cc. de suero, se manifestó al cabo de cuatro ó cinco horas una ligera peptonuria. No se tuvo jamás ni glicosuria ni albuminuria.

(e) *Influencia sobre la nutrición.*—La nutrición general, experimenta generalmente un efecto benéfico por las inyecciones. Ante todo aumenta el apetito, y se obtiene por consiguiente un aumento en el peso del cuerpo. Se entiende que los aumentos, como siempre, son proporcionales al grado de enflaquecimiento. Así en sujetos con focos circunscritos, en los cuales no había sobrevenido aún un adelgazamiento apreciable, se han obtenido aumentos poco notables. En otros al contrario, en los cuales el enflaquecimiento había sido considerable, se observaron aumentos muy apreciables. Recuerdo un sujeto que alcanzó á ganar hasta 14 kilos.

Acción del suero sobre los distintos síntomas de la tuberculosis

Temperatura.—En los tuberculosos apiréticos, la influencia sobre la temperatura no difiere de la que se tiene en los individuos sanos. Las dosis de un centímetro cúbico no producen elevaciones térmicas; aquellas superiores pueden dar lugar á elevaciones térmicas pasajeras, que á veces alcanzan aún á cifras elevadas.

La intensidad de la reacción térmica varía de sujeto á sujeto.

El mismo suero que á la dosis de 25 cc. no da lugar á ninguna modificación térmica en un sujeto, á la dosis de 5 cc. en otro, determina un aumento de temperatura.

Estos aumentos de temperatura, que no dependen como dije de la propiedad específica del suero, pero sí de la propiedad genérica, pueden durar aún dos ó tres días, pero no son acompañados de ninguna manifestación local en los focos morbosos.

Los enfermos no experimentan ninguna otra molestia que aquella dada por la elevación térmica.

Es sin embargo inútil provocar la elevación térmica, y es absolutamente inoportuno valerse en los tuberculosos apiréticos de aquellas dosis que la crean.

La diferente influencia sobre las elevaciones térmicas de un mismo suero en distintos sujetos, no depende de la diferente gravedad de la enfermedad.

Tuberculosos apiréticos aun con cavernas, no las experimentan; mientras que las experimentan sujetos con procesos bastante circunscritos. Las condiciones individuales de las cuales depende indudablemente esta variada influencia pirógena de un mismo suero, deben por lo tanto mantenerse independientes de los focos tuberculosos, pero inherentes en cambio á otros factores que hasta ahora no conocemos, y entre los cuales el sistema nervioso representa, seguramente, una parte preponderante.

En los tuberculosos febriles, las inyecciones de suero en pequeñas dosis no modifican la temperatura, y si tienen influencia la manifiestan positivamente en sentido depresivo, determinando algún ligero descenso.

Las inyecciones de gran cantidad, determinan un aumento de la temperatura inmediatamente, y por uno ó dos días:

progresivamente después la elevación provocada disminuye y se tienen descensos, pudiéndose ver enfermos que desde mucho tiempo tenían fiebre llegar á ser apiréticos de una manera duradera.

Sensación de aumento de fuerza. Los enfermos en seguida de las inyecciones experimentan una sensación de bienestar que poco á poco aumenta: aseguran sentirse más fuertes y experimentar una energía á la cual no estaban ya acostumbrados.

Influencia sobre los procesos locales.—Las inyecciones de suero ejercen una influencia manifiesta sobre los focos de bronco-neumonia tuberculosa. Con una rapidez á veces sorprendente, pero generalmente al cabo de un mes, en los casos en que no se trate de procesos muy extensos, se los ve disiparse, no se oye más roncus ni restos de respiración ruda, mientras que la matitez en parte queda, si es que existía.

Este benéfico resultado se obtiene, si no existen asociaciones microbianas.

Cuando más intensa es la asociación microbiana, tanto menos experimentan los focos la influencia curativa del suero. Es necesario entonces, asociar al uso del suero, el de medios curativos capaces de combatir la influencia de los bacterios piógenos.

En cuanto á las modificaciones de los restos de resonancia, constituyen un *caput-murtuum*, y no se puede en verdad pretender modificarlos con medios terapéuticos.

Se atenúan poco á poco, por la formación de ectasias alveolares compensadoras.

La tos poco á poco se atenúa, á medida que se modifican los procesos locales; la espectoración á su vez disminuye gradualmente hasta desaparecer, sucediendo lo mismo con los bacilos.

Efectos terapéuticos variados.—He experimentado el tratamiento con el suero en 76 enfermos con todas las formas de la tuberculosis pulmonar, desde las más graves hasta las más benignas: desde la tuberculosis cavernosa y bronco-neumonía tuberculosa aguda destructiva, hasta las bronquitis y bronco-neumonías tuberculosas circunscritas y apiréticas.

He aquí lo que he podido deducir:

1º. Los casos en los cuales existen focos circunscritos

apiréticos y aun con ligera temperatura sin asociación microbiana, ó con asociación microbiana muy limitada, experimentan generalmente un beneficio positivo.

De estas formas he sometido á la acción del suero, 45 enfermos, y todos aquellos que hicieron el tratamiento metódico y completo al fin de él se podían considerar, y se consideraban, curados. Estos fueron en número de 29 enfermos.

Los otros 16, muchos de los cuales tenían fiebre, mejoraron notablemente, pero ninguno de ellos ha empleado el tratamiento debidamente.

Una parte de ellos no lo han terminado aún, porque están sometidos todavía al tratamiento que empezó hace poco, mientras que otros creyéndose curados, quisieron á toda costa abandonarlo.

2º. Los casos en los cuales existen focos de bronco-neumonía tuberculosa, difusa, apiréticos y aún febriles, pero con poca ó ninguna asociación microbiana, pueden sacar ventajas positivas; y el éxito obtenido en algunos deja la esperanza de poder aun en estas formas conseguir una completa curación persistiendo en el tratamiento.

Fueron sometidos al tratamiento 14 y algunos de estos tenían fiebre. Han mejorado todos y algunos notablemente. En ninguno el tratamiento fué llevado al extremo; en unos, porque aún están en tratamiento, en otros porque creyéndose curados lo abandonaron.

Uno de ellos que tenía fiebre persistente, desde varios meses, llegó á ser apirético y está todavía en tratamiento, presentando una notable mejoría.

3º. Las bronco-neumonías difusas con asociaciones microbianas considerables, tuvieron una mejoría poco apreciable, con el solo tratamiento por el suero antituberculoso.

Hemos tratado 14 casos. Ningunó empeoró; ó permanecen estacionarios, ó ganan algo, pero poco.

4º. Las bronco-neumonías destructivas con procesos cavitarios pueden obtener algunas ventajas limitadas con el tratamiento por el suero.

Hemos tenido en tratamiento 9 enfermos. De éstos, dos han mejorado de una manera bastante evidente.

Los que eran febriles desde varios meses, han llegado á ser apiréticos y aumentado uno cuatro y otro dos kilos, cre-

yéndose ellos mismos curados, han salido del hospital, y uno de ellos murió al cabo de un año.

Otro ha mejorado mucho; ha cesado la fiebre y ha aumentado de un kilo de peso; se encuentra aún en tratamiento.

Otros cuatro han presentado ligeras mejorías, pero poco apreciables.

En dos casos las inyecciones no han detenido el proceso, y sí tuvieron un resultado mortal.

Os presento el número de todos los casos tratados con mi suero, y para algunos de ellos os doy también los cuadros respectivos, y por los cuales podéis apreciar de un golpe de vista los resultados obtenidos.

La curación de muchos de entre ellos ha sido completada desde hace dos años, y persisten sus benéficos efectos.

Duración de los beneficios obtenidos.—¿Son duraderos los beneficios obtenidos? Tengo razón en responder afirmativamente, con tal que se persista todo el tiempo necesario para la curación.

No es necesario suspender las inyecciones, apenas han desaparecido los fenómenos subjetivos ú objetivos, sino que es necesario en cambio, persistir aun en ellas.

En aquellos en que se han continuado todo el tiempo que me ha parecido necesario, los beneficios se mantuvieron, y en algunos se mantienen desde hace ya dos años. En aquellos que quisieron suspender muy pronto el tratamiento, ví á menudo reaparecer los focos de bronco-neumonía, desde que no se hacían más inyecciones.

En cuanto al tiempo que se debe persistir en el tratamiento, diré que generalmente he continuado un mes después de que los procesos locales habían desaparecido; pero creería prudente darle una mayor duración.

Sobre el significado de los resultados obtenidos.—¿Deben interpretarse como verdaderas curaciones los resultados obtenidos?

Hablo con médicos y será fácil entendernos.

La tuberculosis es como la sífilis: puede permacer latente durante mucho tiempo, y después hacer explosión, y hacerse por fin nuevamente latente. Cuando un individuo ha contraído la sífilis, á pesar de que no presente ya ningún estigma apreciable, no se puede considerar de ningún modo

como completamente curado, porque alguna vez, aún después de muchos años, vemos aparecer nuevas manifestaciones sífilíticas.

Lo mismo puede suceder con la tuberculosis: pero entrando á discutir en este terreno, se cae fácilmente en la metafísica,

Tanto para la tuberculosis cuanto para la sífilis, tenemos razón en considerar por el momento curado un enfermo, no cuando presenta ya alguno de los fenómenos apreciables de la afección, cuando todos los síntomas han desaparecido, y existen todos los caracteres de un completo restablecimiento de la salud.

¿Cómo se deben comprender los efectos benéficos de la seroterapia antituberculosa?—Aplicando á esta seroterapia especial, los criterios con los cuales en el estado actual de nuestros conocimientos, se debe avalorar la *seroterapia* en las enfermedades infecciosas, debemos recordar: que por medio de ella se llevan al organismo materiales de defensa, y se provoca la elaboración de otros.

Es sobre este último punto que es necesario insistir especialmente, porque en los efectos de la seroterapia general y de la seroterapia de la tuberculosis en especial, toma una gran parte el organismo enfermo.

Según la manera como éste contribuya se tendrán efectos buenos, mediocres ó nulos.

Valor terapéutico de la seroterapia.—¿Qué es lo que podemos conseguir con la seroterapia?

Hemos llegado aquí, al punto más interesante bajo el punto de vista práctico.

Es necesario resolverlo muy severamente, para no abrigar esperanzas desmesuradas, y para no dar lugar después á desengaños, que desacreditarían el método.

En primer lugar, por lo tanto, no es necesario pedir y esperar resultados imposibles.

No se puede juzgar de la eficacia de un nuevo método curativo, pretendiendo usarlo contra las formas avanzadas de una enfermedad infecciosa cuando existen lesiones profundas en los tejidos, creadas por la infección.

Nadie pretende ya curar con la quinina la hepatitis intersticial de la malaria, ó con las sales de mercurio, una profunda lesión de nutrición de los centros nerviosos, creada por la

sífilis. Y sin embargo, la quinina es conservada como el específico de la malaria, como se admite que lo sea el mercurio para la sífilis.

No es necesario, por lo tanto, tampoco para la tuberculosis pretender encontrar un remedio, capaz de curar las alteraciones nutritivas profundas, creadas por el bacilo de la tuberculosis. sobre todo cuando el organismo está tan debilitado, que no puede ya contribuir por su parte, en la medida debida, á alcanzar el efecto.

Es necesario, por lo tanto, recordar que la seroterapia antituberculosa puede resultar útil y puede sólo fundadamente hacer esperar la curación, en aquellos casos de tuberculosis pulmonar, en los cuales no existen focos destructivos.

La duración de la enfermedad tiene un valor secundario. Que se hayan manifestado desde pocos meses, ó desde varios años los procesos pulmonares, no importa: lo que tiene importancia es su extensión, su intensidad y su naturaleza. Los focos circunscritos curarán más fácilmente y más rápidamente que aquellos extensos; la intensidad mayor ó menor del proceso, medida sobre todo por su influencia sobre la nutrición general, hará más ó menos difícil el tratamiento.

En cuanto á la naturaleza de la infección, el resultado de la curación será distinta si se tratara de una infección tuberculosa solamente, ó de una infección mixta.

La asociación de los diplococos y de los streptococos á los bacilos de la tuberculosis, retarda ó paraliza aun la eficacia del tratamiento. Se comprende que todo dependerá del número y de la virulencia de los microorganismos patógenos asociados. Pocos estreptococos, pocos estaphilococos, no pueden obrar de una manera apreciable sobre el éxito del tratamiento.

Las fiebres poco elevadas, en sujetos en los cuales exista solamente el bacilo de la tuberculosis, tienen un significado menos desfavorable: aquellas intensas, persistentes, que corresponden á asociaciones microbianas y son fiebres sépticas, tienen un significado bastante desfavorable.

Las fiebres inherentes al bacilo de la tuberculosis, aun cuando son intensas, pueden ser vencidas por las inyecciones del suero antituberculoso. Las hemóptisis no contrain-

dican el tratamiento, y los tuberculosos que las experimentan sacan igualmente ventajas de la medicación.

Indicaciones de la seroterapia.—La seroterapia en la tuberculosis, se puede siempre aplicar y no tiene contraindicaciones. Puede ser practicada en todas las formas de la tuberculosis pulmonar.

Puede siempre hacer bien, nunca mal: solo cuando se aplica al tratamiento de las formas graves, no es necesario pretender demasiado, es preciso contentarse con aquellos beneficios que se pueden tener; hay que recordar que no puede hacer nunca mal, y los médicos y los enfermos, los primeros especialmente no deben olvidar todas las desdichas que una tuberculosis avanzada lleva consigo, y no imputar al tratamiento lo que debe imputarse á la enfermedad. Es una recomendación que no dejaré de repetir bastante porque olvidándola se quita á los enfermos los beneficios de de un tratamiento regular y se desacredita cualquier método curativo. Siento la necesidad de insistir mucho sobre este punto, porque veo á menudo que los médicos se inclinan á atribuir al último método curativo usado las desdichas que son propias del proceso mórbido.

Se ha visto esto aun recientemente á propósito del suero antidiftérico al cual se quisieron imputar algunos de los más notables y posibles accidentes de esta enfermedad.

Posible valor profiláctico del tratamiento.—No he tenido hasta ahora tiempo ni ocasión de establecer con datos precisos y demostrativos, si las inyecciones del suero antituberculoso tienen valor profiláctico. Me parece, sin embargo, razonable admitirlo, lo mismo que se debe conceder que con el suero, se llevan al organismo, materiales defensivos contra la tuberculosis y que se provoca aún la producción de ellos.

Modo de practicar las inyecciones; posibles accidentes locales.—Las inyecciones se pueden hacer en cualquier punto.

Son sin embargo preferibles aquellos en que el tejido conjuntivo subcutáneo es más laxo: preferimos hacerlas en la línea axilar posterior, y hacia la base del tórax. En un mismo punto se pueden inyectar varios centímetros cúbicos. En un enfermo hemos inyectado 25 c. c.

Es inútil recomendar la más rigurosa asepsia y antisepsia. En los enfermos de hospital, es bueno, sobre todo, en

los primeros días, hacer un vendaje preventivo al sublimado, en el punto en que se quiere hacer las inyecciones.

Las inyeciones no producen dolor: generalmente no determinan ninguna reacción local. Fueron raros los casos en que las hemos observado, y hemos tenido que convencernos que esto sucede, no por la propiedad del suero, pero si por una particular é individual reacción de los tejidos. Digo así, porque el mismo suero, que en la mayoria de los casos no dió lugar á ningún accidente local, determinó excepcionalmente accidentes en algunos.

La reacción local está generalmente caracterizada por una rubefacción de la parte, por tumefacción y dolor y á veces por ligero movimiento febril, procesos todos que se resuelven en el término de dos ó tres días.

Ejecución del tratamiento.—El tratamiento con el suero antituberculoso debe ser hecho del modo siguiente cuando se trate de formas apiréticas. Se empieza por inyectar un centímetro cúbico día por medio, y esto durante más de 10 días. Después se hace una inyección de un centímetro cúbico cada dia por otros 10 días más; después en los 10 días sucesivos se inyectan dos centímetros cúbicos cada día; y así sucesivamente.

Cuando se trata de formas febriles, si los movimientos térmicos son de poca intensidad 38º ó 38º5, hay que hacer el tratamiento poco intenso; en cambio si las temperaturas son más elevadas, y si tienen una marcha subcontinua, hay que tratar de combatirlas con las altas dosis, inyectando en una sola sesión 10 c. c. de suero. Hecho esto se dejan pasar tres días, para ver si se consigue la apirexia. En tal caso se continúan las inyecciones ds 1 á 2 c. c. por día. Si en cambio la fiebre persiste á los ocho días de la primera inyección de 10 c. c. hay que practicar una segunda y así sucesivamente.

Los beneficios de las inyecciones se verifican á veces ya al cabo de dos semanas. En otros casos, en cambio, son necesarias aún ocho semanas antes de constatarlos.

No se olvide nunca, que en las enfermedades como esta, cuya naturaleza es progresiva el estado estacionario constituye ya un beneficio. Recuérdese lo que dije antes y que vuelvo á repetir: *que las inyecciones no dañan nunca y*

pueden siempre hacer bien aún en los casos más graves neutralizando los efectos de la infección tuberculosa.

Si nos encontramos en presencia de un caso en el cual los estreptococos ejercen una acción preponderante, veremos ciertamente persistir los procesos más tangibles, como los de la septicemia; pero influiremos sin embargo por lo menos, sobre aquellos propios de la tuberculosis.

Es esta la razón por la cual también los enfermos más graves, experimentan un beneficio apreciable por el tratamiento.

Cuando los enfermos mejoran, aún cuando están completamente restablecidos y que parecen curados, es necesario persistir todavía en el tratamiento, por lo menos durante un mes, usando el suero siempre en la misma medida, y por un mes, á contar del día en que se han constatado los hechos de una aparente curación.

Creo que sería prudente, durante un año por lo menos, inyectar 1 c. c. por semana.

Precauciones en el tratamiento. - Las precauciones, de las cuales se rodeará el tratamiento, vendrán á hacerlo más activo y á facilitar su éxito, quiero hablar de aquel conjunto de precauciones que se comprenden bajo la denominación de tratamiento higiénico, y que consisten especialmente en los requisitos del clima y de la buena alimentación.

Cuando se trate de casos graves, no se deberá jamás dejar de acompañar el tratamiento fundamental con el suero, del uso de todas aquellas precauciones accesorias que tienen la propiedad de facilitar el tratamiento higiénico.

Es necesario sobre todo hacer uso de los medios que sirven para combatir los procesos dispépticos tan comunes en los tuberculosos.

En aquellos casos en que con la tuberculosis, existen infecciones accesorias, es necesario combinar el tratamiento antituberculoso con el de estas infecciones, que complican y agrandan la tuberculosis. Del modo de curar estas infecciones accesorias, me ocuparé en una comunicación especial.

Conclusiones. — Ahora, para terminar, puedo decir: que mi estadística y los numerosos estudios hechos por mí me han convencido de que con un suero antituberculoso debidamente preparado, se pueden obtener brillantes resultados

en las formas circunscritas y apiréticas de la tuberculosis y que puede obtenerse mejorías á veces considerables en las formas más graves.

En verdad, 82 tuberculosos de distinta gravedad, sometidos al tratamiento con el suero, lo aprovecharon más ó menos, y todos aquellos en que la enfermedad no era demasiado avanzada, curaron ó están próximos á la curación. No pretendo haber hecho con esto ningún descubrimiento. Este estaba ya hecho virtualmente, cuando se demostró que se puede provocar con procedimientos oportunos, en los animales, la producción de materiales específicos de defensa contra las enfermedades infecciosas; que estos materiales se encuentran en el suero de la sangre, y que con él pueden ser llevados al organismo de otros animales y del hombre. Establecido este principio, era natural estudiar la aplicación de él al tratamiento de las distintas infecciones, y por lo tanto también á la tuberculosa. Esto creo haber conseguido con mi suero; y mis resultados no deben sorprender en vista de que *Babés*, había obtenido algunos semejantes, á pesar de que hable de ellos de una manera muy vaga; y otros habría obtenido *Paquin* en América.

Mi comunicación difiere de las otras semejantes solo en esto: que es esta la primera vez que se presenta una serie bastante numerosa de casos estudiados metódica y públicamente en una clínica médica, rodeados de todas las garantías necesarias de atención; y que mis afirmaciones están basadas no en experimentos hechos sobre animales, sino sobre la estadística de la clínica humana. Conozco perfectamente todas las desconfianzas que suscitará mi anuncio, autorizadas por los fracasos que otros métodos de tratamiento propuestos con el mismo fin, han experimentado; y alimentadas por la errónea y dogmática convicción de que la tuberculosis es incurable. Sé aún que todos aquellos, médicos ó nó que pretenden un medio de tratamiento capaz de curar á los tuberculosos reducidos al extremo y con un pié en la tumba, dentro de poco se quejarán de que el suero no haya sido capaz de conseguir lo imposible. A todo estoy preparado; pero estoy convencido de que todos aquellos que con un buen suero antituberculoso traten á los enfermos susceptibles del tratamiento, confirmarán con sus buenos resultados los míos.

Cura radical de la hernia inguinal

Nuevo método del profesor AGUILAR

Comunicación hecha á la Sociedad Médica Argentina

por el Dr. **Avelino Gutierrez**

Jefe de clínica quirúrgica

El profesor Aguilar viene practicando desde hace tiempo la cura radical de la hernia inguinal por un método algo diferente de los demás, que, bien ejecutado, consideramos excelente.

Consiste en lo siguente: 1º, incisión de la piel, tejido grasoso subcutáneo y oblicuo mayor en todo el trayecto de la hernia inquinal; 2º, aislamiento del saco, ligadura y sección del mismo.

Cumplido este tiempo de la operación, se encuentra en el canal el cordón aislado ya y susceptible de ser trasladado, la ventana por donde salía la hernia cubierta tan solo por el peritoneo y la grasa preperitoneal. Para ejecutar el tercer tiempo que constituye la parte original del método, se procede de este modo: se toma con la aguja, empezando por la comisura superior, los planos que han de formar la futura pared y que son el oblicuo mayor, el menor, el transverso y la fascia transversalis, y pasa la aguja por delante del cordón para fijarlos al puente, y así se continúa suturando el cuádruple plano al puente hasta obturar por completo la ventana por donde salía la hernia sin dejar mayor orificio que el necesario para la emergencia del cordón.

Este órgano ha quedado en el espesor de la grasa preperitoneal, delante del peritoneo y detrás de los planos ya mencionados.

Con el nuevo método, el trayecto inguinal queda suprimido así como el orificio por donde se insinúa el cordón para luego seguir entre los planos de la pared abdominal; subsiste el orificio de salida, pero tan estrecho como se quiera. No cede en valor al de Bassini y aún lo juzgo superior por cuant

suprime el canal inguinal y el orificio de entrada y hace una pared más sólida. Es, por otra parte, de una ejecución más fácil.

Podrá objetarse que la supresión del canal no tiene importancia. Contestamos con el hecho de observación de que la hernia directa es mucho menos frecuente que la oblicua externa, y esto á pesar de haber al nivel del anillo cutáneo menor número de planos, y por tanto menor resistencia que en el peritoneal ó superior; faltan al nivel del primero el oblicuo mayor, el menor y el transverso, existiendo sólo la piel, la grasa, la facias transversalis y el peritoneo; en el superior existen todos estos planos y no obstante es por él por donde se producen con mayor frecuencia las hernias.

¿Cuál es la razón que lo explica? La persistencia de una especie de canal virtual, reminiscencia, diré así, del verdadero conducto de otro tiempo, del diverticulum peritoneal que ha existido en la vida intraterina y que muchas veces persiste después del nacimiento.

Podrá decirse que la verdadera causa está en el cordón y no dudamos que él contribuya, pero si el pasaje del cordón por el canal bastase á explicar la mayor frecuencia de las hernias externas no explicaría la rareza de la hernia inguinal en la mujer por cuyo canal pasa también un cordón que debería predisponer á la salida de las vísceras, tanto más cuanto que es tironeado constantemente cuando la matriz aumenta de paso y cambia de sitio y aún en el estado normal.

Convengamos en que la destrucción del canal tiene importancia en un método de cura radical. Por otra parte, hoy mismo he tenido que operar una hernia estrangulada por el cuello del saco, y he podido notar, y conmigo otros, lo difícil que habría sido usar el procedimiento de Bassini. Días pasados practiqué la operación en otro caso de hernia estrangulada por el anillo; tampoco entonces hubiera podido operar por el procedimiento de Bassini, y así lo hice observar á los estudiantes allí presentes.

El procedimiento del Dr. Aguilar tiene con el de Postemski la semejanza de que suprime el canal, pero lo aventaja en el sentido de que deja el cordón mejor protegido detrás de los planos que forma la pared abdominal.

En la *Riforma Médica* del 15 de julio último, llegada aquí en la primera quincena de agosto, se menciona de paso un

método exactamente igual al del doctor Aguilar; ha sido ideado por Mugnai, pero la *Riforma* no dice cuándo ni dónde ha sido publicado, y no he podido encontrarlo citado en libros ni revistas que se ocupan del tema.

Conste que el doctor Aguilar viene practicándolo desde hace tres meses, habiendo explicado su proceder á los alumnos, y que no ha tenido conocimiento del de Mugnai que no es citado en parte alguna.

Buenos Aires, septiembre 6 de 1895.

TERAPÉUTICA MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Sobre el tratamiento de la pneumonía crupal por la digital

H. NAEGELI-AKERBLOM

Es bien sabido que fué *Petresco* quien, en 1883, llamó la atención de los médicos sobre los efectos favorables de la digital en la pneumonía. Él administraba de 4 á 12 gramos de digital por día en infusión. Después de *Petresco*, muchos otros médicos han adoptado su método, entre otros *Höpfel*, que la aplicó en 15 enfermos; *Lépine*, qué lo experimentó con éxito en 40 pneumónicos y después *Hecker* y otros.

Ultimamente, *Naegeli-Akerblom* ha experimentado la digital en un buen número de casos. No daba al principio sino 2 á 3 gramos de hojas en 200 de infusión para tomar en dos dias; bien pronto aumentó la dosis á 3 y 4 gramos.

En los niños prescribía tantos decígramos de hojas como años tenían. Con este método de tratamiento el autor rara vez observó terminación fatal; notó al contrario que las altas dosis detenían el curso de la enfermedad.

El autor trató de explicarse el mecanismo de la influencia favorable ejercida por la digital en la pneumonía. Y como *von Jaksch* había ya observado que en todos los casos de pneumonía de curso favorable hay un notable aumento de los leucocitos, el autor buscó si en sus casos la digital había tenido alguna influencia sobre los glóbulos blancos de la sangre y

encontró que este medicamento, aún á pequeña dosis, aumenta al triple ó al cuádruplo el número de los leucocitos en el conejo y en el hombre sano Las altas dosis producen una hiperlencocitosis que dura varios días.

El autor concluye, pues, en que:

La digital es uno de los medios más importantes que tenemos para combatir la pneumonia crupal. Ella obra favorablemente sobre el corazón, sobre los pulmones y sobre la sangre.

A altas dosis abrevia la duración de la enfermedad y obra aumentando el número de los leucocitos, especialmente de los polinucleados. Las dosis diarias de 4 á 5 gramos son toleradas sin perjuicio alguno.

A la digital deben asociarse los baños fríos, porque ellos producen también la hiperleucocitosis.

(*Centralblatt für innere medicin*, núm. 32, 1895.)

Contribución al tratamiento quirúrgico de las meningitis — NARNOTTI

Á pesar de algunos éxitos brillantes, falta aún al cirujano una norma bien definida que pueda guiarlo en el tratamiento de las variadas formas de meningitis. Hoy, el método propuesto por *Quincke* proporciona el medio de diagnosticar exactamente la inflamación de las meningeas y su naturaleza, y con este método ha podido establecerse la rara posibilidad de curación espontánea de la meningitis tuberculosa. Para iluminar el camino del clínico hácense más útiles que nunca las investigaciones experimentales, y el autor ha emprendido una serie de ensayos, tratando desde luego de obtener una especie de lavado de las meningeas, practicando sobre varios puntos de la superficie del cráneo pequeñas aberturas con coronas de trépano y haciendo también una laminectomía en la porción lumbar de la columna vertebral para dar así una puerta de entrada y otra de salida al líquido de inyección.

Estas primeras experiencias no surtieron efecto y pensó obtener el lavado de las meningeas mezclando al líquido raquídeo una sustancia medicamentosa cuya acción podría extenderse á toda la superficie de las meningeas.

Inyectando pocas gotas de una solución de fenilhidrasina

debajo de la duramadre cerebral, rápidamente se difunde esa sustancia sobre toda la superficie de las meningeas, en menor proporción en los ventrículos. Inyectando una cantidad mayor llega á las meningeas espinales hasta la cola de caballo, como puede fácilmente demostrarse sirviéndose de la reacción con la solución acuosa de potasa. Establecido este hecho, ensayóse la sensibilidad de las meningeas para algunas soluciones antisépticas: la boricada al 2 % y la de sublimado al 1 por 4000 pueden usarse impunemente.

Sentados estos hechos, se tentó con una larga serie de experiencias reproducir en los animales dos tipos comunes de meningitis, la tuberculosa y la supurada aguda. Los resultados de estas experiencias, sin pretender establecer hechos absolutamente concretos, pueden resumirse así: la meningitis tuberculosa en el perro puede, por las inyecciones subdurales de una solución débil de sublimado, mejorar y aún curar completamente; la involución de la tuberculosis meningea puede verificarse aún cuando el tratamiento es hecho durante el estadio más avanzado de la enfermedad, en cuyo caso se tiene por resultado el desarrollo de adherencias más ó menos fuertes y más ó menos extendidas.

El mecanismo que determina la curación es en muchos puntos idéntico al que se observa en las peritonitis tuberculosa. Es importante notar que á consecuencia del proceso involutivo de la tuberculosis, la capa más superficial de la corteza cerebral sufre también un ligero grado de atrofia acompañada de particulares y variadas modificaciones histológicas. Parece que las inyecciones de sublimado no obran realmente por su sola propiedad antiséptica, sino como medio de despertar una reacción inflamatoria de las meningeas. Esta idea es apoyada por el hecho de que la misma solución queda por sí sola insuficiente contra la meningitis producida por microbios piógenos.

En este caso, las inyecciones subdurales de sublimado no producen ventaja alguna, al menos en los casos en que existe una ligera estratificación purulenta, pero pueden ser útiles cuando es posible proveer conjuntamente á la evacuación del exsudado purulento.

(*Il Policlinico*, 1º de agosto de 1895.)

Tenífugo de Grœser

(Dosis para adulto)

Cloroformo.....	4 gramos
Aceite de crotón.....	una gota
Glicerina.....	30 gramos

M. s. a.

BIBLIOGRAFÍA

Las tesis de este año:

Contribución al estudio del Schinus Molle, por J. Luis Renoulin.—Estudia el autor la planta de este nombre, originaria de la América del Sud y conocida en algunas de nuestras provincias con el nombre de *aguaribay* y en otras con el de *molle*. El hecho de ser empleada por el vulgo como un abortivo y en diversas afecciones de los aparatos respiratorios y digestivos, le decidió á estudiar su acción fisiológica y sus efectos terapéuticos.

Azara, el Padre Lozano, Hieronimus, etc., mencionan los efectos que los naturales atribuían á esta planta, pero no había ningún estudio serio de ella, á no ser del punto de vista químico.—*Giovani Spica* ha publicado uno muy interesante en la *Gazzeta química italiana* (1884) que el Dr. Renoulin reproduce.

El autor ha preparado con la planta un aceite esencial, agua destilada, tintura y extracto fluido, pero atribuyendo el principal papel al aceite esencial, ha ensayado principalmente éste y el cocimiento.

Las experiencias son escasas y no exentas de defectos, que es necesario disculpar en vista de la falta de dirección competente y de material adecuado.

Al exterior, experimentando sobre sí mismo, ha reconocido que el aceite esencial produce rubefacción más ó menos intensa y sobre la lengua sensación de ardor con excitación de la secreción salivar. Ingerido á la dosis de 25 centigramos produce constricción al nivel de las fauces, sed intensa y es-

tado nauseoso. Si se lo toma durante varios días, hay anorexia completa y las evacuaciones se hacen más numerosas sin ser diarreicas. Parece aumentar la secreción urinaria.

La inyección del aceite esencial bajo la piel de conejos determina una viva inflamación con supuración; salta á la vista, sin embargo, que el autor no ha experimentado según las reglas indicadas para demostrar si una sustancia es ó nó piógena, fuera del auxilio de los microbios.

Nada útil podemos sacar de la experimentación sobre los conejos, á no ser que no ha producido el aborto sino una vez sobre 6, lo que puede atribuirse á simple coincidencia. Por lo demás, las dosis empleadas en los conejos son enormes (2 gramos de aceite esencial en inyección, cocimiento de 50 gramos de hojas), igualando ó pasando las administradas á mujeres y hombres adultos.

De las observaciones, se deduce que el cocimiento ha parecido favorecer la menstruación en dos casos, pero ha fallado en otro (obs. 1ª); el aborto no ha sido obtenido por la mujer que lo ensayó á ese título. En cuanto á las otras aplicaciones terapéuticas, el autor da sólo vagas referencias y nada es posible concluir en definitiva.

Incompleto y defectuoso como es este estudio, según el mismo autor lo reconoce, tiene el mérito, sin embargo, de ser una tentativa de trabajo original y merece por ello nuestro aplauso.

La coqueluche, por Sixto Terán. -Es un buen estudio, bastante erudito y prolijo sobre esta enfermedad que tan comunmente azota á los niños de Buenos Aires.

El autor se ha dedicado especialmente al tratamiento y ha experimentado la mayor parte de las medicaciones pretendidas abortivas y de las que tienen simplemente la pretensión de aliviar los enfermitos. Nos complace ver que, en el curso de sus observaciones, ha procedido sin ánimo preconcebido y con criterio bien libre.

En cuanto á las medicaciones pretendidas abortivas, el autor concluye negándolas. Analiza muchas, las ha experimentado y no les reconoce tal virtud. El *jarabe de cecropina del Brasil* le ha parecido simplemente un sedante bastante poderoso; en cuanto á las *insuflaciones nasales y faríngeas de polvos Larrain* que según publicaciones en la prensa diaria, cortan la coqueluche en dos ó tres curaciones, no le han dado más resultado

que hacer sufrir á los enfermitos y ahuyentar á algunos. Las observaciones son bien demostrativas; ni disminuyen los accesos ni los hacen menos intensos á pesar de haber seguido practicando las insuflaciones durante muchos días; puede verse, en cambio, en los cuadros cómo el número de accesos ha disminuido desde que se somete á los niños á otras medicaciones.

Como sedantes recomienda principalmente la *antipirina y belladona á grandes dosis*, el *bromoformo* y el *jarabe de cecropina* ya mencionado. El *bromoformo* especialmente ha sido reconocido un calmante poderoso en las clínicas del Dr. Araoz Alfaro en el Hospital San Roque y en el Patronato de la Infancia, en que el autor ha hecho sus observaciones.

Tratado de ginecología de Hart y Barbour, traducción española del Dr. Benavente.—*Revista de Medicina y cirugía prácticas.*—Preciados 33, bajo, Madrid.

La Biblioteca económica que edita este distinguido colega madrileño acaba de publicar una obra que por el justo crédito de que en el mundo médico gozan sus autores y por el grandísimo éxito que ha tenido en Inglaterra, es de suponer que se extenderá prontamente en los países de habla española, gracias á la excelente traducción que acaba de hacer el Dr. Benavente y que trae un encomiástico prólogo del ilustrado catedrático de Barcelona, Dr. Fargas.

El libro de los reputados ginecólogos ingleses es una de las más útiles obras modernas escritas sobre la materia y de las más apropiadas para servir de base científica sólida á los médicos y alumnos que quieran conocer bien la Ginecología contemporánea.

La traducción española es un grueso y elegante volumen de 882 páginas, con 400 buenos grabados y 14 magníficas litografías. Puede adquirirse en la Administración de la *Revista de Medicina y cirugía prácticas* (Preciados 33, Madrid) ó en las principales librerías.

Otras obras entradas á la biblioteca del Círculo Médico Argentino. – H. DE GOUVÊA. — La distomatose pulmonaire par la douve du foie (Contribution à l'étude des hémoptysies parasitaires). 1 tomo, 1895, París.

MANQUAT. — Traité de Therapeutique. 2 tomos, edic. 1895, París.

BERLIOZ. — Manuel de Therapeutique. 1 id., id. 1895, id.

SCHIMMELBUSCH. — L'asepsie en Chirurgie. 1 id., id. 1893, id

CRÓNICA

Libertad de estudios. — El Congreso Nacional acaba de sancionar un proyecto llamado de libertad de estudios, que no es, en suma, sino de libertad de exámenes.

Partidarios de la libertad de estudios, lamentamos que ella sea parcialmente obtenida, á costa de un nuevo avance contra la autonomia universitaria, y de un modo tal que no obedece á bases ni plan determinados.

Pero ya que es este un hecho cumplido, toca á las Facultades reglamentar los exámenes, para que ellos sean prueba real de suficiencia, y no, con tanta frecuencia, juego de suerte. Y, una vez mas, cada Facultad debe hacerlo por separado. No nos importa en la de Medicina de como proceden en las de Derecho é Ingeniería; sus procedimientos no pueden sernos aplicables.

En Medicina, los exámenes de clínica y de materias prácticas, especialmente. tienen que ser largos y fastidiosos para los examinadores, pero es preciso que todo se haga ante ellos. y durante un tiempo tan largo como sea necesario para acreditar completa suficiencia. Los teóricos deben también durar por lo menos, media hora por materia, y todos los profesores deben tener la *obligación* de preguntar. Los exámenes serán así para éstos tarea pesadísima, pero la Facultad debe remunerarlos debidamente.

Ya que los estudiantes quedan en condiciones de ser empleados y obtienen libertad de exámenes, justo es que paguen mayores derechos, y que parte de éstos se dedique á compensar á los examinadores, en parte siquiera, el sacrificio de su tiempo.

Consultorio de otología, laringología y rinología en el Hospital Italiano. El Dr. Zawerthal ha aceptado el cargo de Director Honorario de este servicio en el hospital indicado.

PASTEUR

(1822—1895)

Hace algún tiempo ya que el hombre de génio había desaparecido, anonadado por una afección cerebral que tenía sus días contados. La muerte material, libertando su espíritu inmortal, acaba de sublimar su alta figura científica y moral.

Ningún sábio, ningún reformador ha tenido la fortuna de Pasteur Su vida ha sido bastante larga para haberle permitido asistir á la renovación de las ciencias biológicas por obra de su génio y á la consagración de sus doctrinas por doquier la luz de la civilización ha penetrado. La lucha tenaz y encarnizada contra la tradición y los principios aceptados como científicos antes de él, ha sido tan violenta como de relativa corta duración y jamás tal trasformación se ha producido en tan reducido espacio de tiempo, jamás hombre alguno ha visto caer á su solo empuje edificio tan colosal y tan fuerte en apariencia.

Detenernos á relatar en una revista médica la obra de su vida fuera tarea inútil, puesto que Pasteur marca en la medicina una nueva etapa y quedará en la historia de la ciencia como una de las figuras más gigantes de los tiempos modernos. Porque es el método, la concepción genial de una doctrina y su demostración acabada, con un vigor y una precisión hasta entónces ignorados en las ciencias biológicas, lo que marca su acción inmortal. Y los descubrimientos que el desarrollo de la bacteriología ha originado en bién de la humanidad y que se traducen por cifras incalculables de vidas salvadas merced á la profilaxia ó al tratamiento nuevo, no són prodigiosos ni admirables como lo es la obra genial que forma su base indispensable.

La labor de Koch y de todos los bacteriólogos y médicos, que en todos los paises trabajan sin descanso para despejar los problemas del mundo organizado, no es más que una emanación de la suya. Y aunque se perfeccionen sus métodos hasta un grado que no podemos hoy calcular, aunque se demuestre falsas muchas de sus conclusiones secundarias, nada podrá igualar ni eclipsar la figura del hombre genial que. sin ser médico, ha hecho progresar la medicina en unos cuantos años más que todos los médicos en muchos siglos.

La lucha ha cesado; los dicterios contra el sabio innovador han concluido; hasta los más refractarios á sus conclusiones reconocen el alcance y la trascendencia de su obra. Era ya tiempo de morir!

El Círculo Médico Argentino, al que cupo la alta honra de contarle entre sus miembros honorarios, se inclina con respeto profundo ante su tumba veneranda. - G. A. A.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 19

Anales del Círculo Médico Argentino

OCTUBRE 15 DE 1895

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO ELECTRO-TERÁPICO Á CARGO DEL DR. RICARDO SUDNIK

LA GALVANIZACIÓN

EN EL TRATAMIENTO DE LOS VÓMITOS INCOERCIBLES

por **MARIANO ALURRALDE**

Practicante del servicio

Un gran número de agentes medicamentosos bajo las más variadas formas y combinaciones, han sido en todo tiempo preconizados contra los vómitos incoercibles, sea que éstos se muestren como un síntoma en ciertos estados fisiológicos (preñez) ó mórbidos (enfermedades del estómago, del útero y sus anexos, etc.) ó que no se acompañen de ninguna lesión anatómica apreciable, que sean esencialmente nerviosos idiopáticos.

Los vesicatorios, los revulsivos en el epigastrio, los baños generales, el agua cloroformada, el cloral, la cocaina, las inhalaciones de oxígeno, el hielo internamente, el extracto de ópio, las inyecciones de morfina, etc., son generalmente prescritas, pero desgraciadamente sus efectos en muchos casos son negativos.

Desde hace algunos algunos años varios electro-terapeutas distinguidos, han tratado de averiguar cómo se comportaba el estómago en presencia de una corriente. De las numerosas experiencias llevadas á cabo, las de Ziemmssen son las más instructivas.

Experimentaba sobre perros. La corriente era dirigida sea directa ó indirectamente, por intermedio de la pared abdomi-

nal. Bajo la acción excitatriz de ella, una contracción se producía en forma de un anillo perpendicular al eje mayor del órgano, cuya fuerza estaba en razón directa del diámetro del electrodo empleado.

La clase de corriente era indiferente para provocar esta excitación, pero no sucedía lo mismo respecto á los conductores polares; el máximum de intensidad correspondía al Katodo en la corriente galvano-farádica y al cierre del circuito con la corriente voltáica.

Pero esta excitación no se llevaba únicamente sobre el plano muscular del estómago, acelerando ó aumentando la energía de sus contracciones, sino también provocaba un aumento considerable de la secreción del jugo gástrico, por intermedio de los nervios estimulados por la corriente, coincidiendo con una rubefacción intensa de la mucosa. Ziemmssen experimentó sobre un gran número de perros, provistos de fístula estomacal y en todos constató el mismo fenómeno.

Poco después Richard llega á las mismas conclusiones.

La excitación de uno de los neumogástricos hecha en un condenado á muerte, pocos momentos después de su ejecución, no hizo sino corroborar la doctrina de Ziemmssen.

De estas investigaciones se deduce que la electrización es uno de los más poderosos agentes de excitación y que estaría racionalmente indicada en la inapetencia nerviosa, en las dispepsias por atonía, siempre que no se acompañen de excesiva dilatación del estómago provocada por la presencia de gases, porque en este caso la reacción enfrente de la excitación es nula puede decirse, aun cuando se emplee ésta intensamente.

Fundándose en sus experiencias, Ziemmssen fué uno de los primeros en iniciar el tratamiento de estas afecciones por la electrización. Dos son sus métodos, el extragástrico y el endogástrico.

En el primero, colocaba el anodo ó el katodo en el epigastrio y el contrario en un punto opuesto al primero, en la región lumbar, por ejemplo. Las intensidades no pasaban de 10 miliampéres, ni bajaban de 5.

Su segundo método, el endogástrico ó de electrización directa, con el cual Ziemmssen dice haber obtenido excelentes resultados, consiste en la introducción en el estómago de uno de los polos por medio de una sonda. Cuando existe gastral-

gía, introduce el anodo, mientras que en los casos de atonía ó disminución del jugo gástrico, es el katodo el polo introducido.

Llegamos ahora al síntoma ó elemento mórbido «*vómito*». Es en estos últimos veinte años que las observaciones se han multiplicado, pero hasta hace poco tiempo, no había uniformidad en el método empleado para la electrización.

Es á Semmola y á Apostoli que somos deudores de dos métodos que han quedado definitivamente establecidos. Su eficacia sería tan grande, según el primero, que estaríamos autorizados toda vez que los vómitos resistieran á la electrización, á sentar el diagnóstico de «*sintomáticos*» de afecciones de los centros nerviosos, estómago, etc.

Antes de ellos Brenner, poco después Watteville colocaban, usando las corrientes continuas, los eléctrodos ya en el cuello y la mano, ora en la nuca y el epigástrico. Pero no tenían en cuenta ni la intensidad, ni el signo del conductor polar empleado.

Stein, Popper, Duchenne y otros servianse de la faradización.

Semmola en 1878 propuso su método. El anodo era llevado al nivel del cuello, entre las dos bandas del esterno-cleido-mastoideo, eneima de la clavícula, ó lo que en otros términos se llama el punto de elección de excitación del nervio. El katodo era colocado en el epigastrio.

Algunos años después, en 1882, Apostoli preconizaba la «galvanización polar positiva ó descendente del neumogástrico derecho, obtenida por medio de una corriente de débil intensidad y larga duración». El eléctrodo negativo era colocado sobre cualquier punto; por comodidad se le retenía en la mano ó se lo llevaba sobre el epigastrio. Más tarde modifica su método y galvaniza los dos neumogástricos, teniendo en cuenta los mismos principios.

Con todo, no reina hoy todavía uniformidad de ideas respecto á la intensidad, la duración, el momento de aplicación, el número de sesiones, la dirección de la corriente.

De una manera general la «intensidad debe ser proporcional á la gravedad y por consiguiente á la resistencia del síntoma á combatir, teniendo también muy en cuenta este otro hecho importante, la sensibilidad de la piel. En efecto, á intensidad igual, en dos enfermos distintos, la piel no reacciona de la misma manera; en algunos la sensibilidad es tan grande que

la dosis de 3 miliampéres, aun cuando los excitadores estén recubiertos de gamuza, es capaz de provocar la formación de una escara, como tuve ocasión de constatarlo en una de las enfermas durante la primeras sesiones. De ahí la indicación de recubrir los excitadores con una gruesa capa de algodón, máxime si se emplea el método de Apostoli, según el cual no podemos echar mano de otro punto de excitación.

Al principio no debe emplearse grandes intensidades.

Se empezará por 2 ó 3 miliampéres y se elevará progresivamente la dosis; nosotros no hemos pasado de 8 M. A. La dosis de 10, es generalmente la media admitida. Si durante la sesión sobrevienen náuseas ó vómitos, hay que elevar paulatinamente la dosis, hasta que el enfermo manifieste encontrarse bien. Casi todos los autores están contestes que no debe pasarse de 20 M. A. que sería una dosis peligrosa.

Se tendrá cuidado al abrir ó cerrar el circuito, de no hacerlo bruscamente, pues podría provocarse una excitación con la corriente de ouverture ó fermeture no exenta de peligros.

La duración.—No puede establecer regla alguna respecto á la duración de las sesiones. Estas serán tanto más largas cuanto más intensos sean los vómitos ó náuseas contra las cuales va dirigida la electrización, variando de 5 m. á 1 h. y más.

La dosis de 15 m. creo sería más que suficiente, en los casos en los cuales el enfermo no presenta síntoma alguno durante la electrización.

El momento de su aplicación.—Me parece ser una de las indicaciones más importantes de la cual depende sino el éxito al menos la duración del tratamiento. Desde el momento que éste tiende á sedar la excitabilidad del neumogástrico que reacciona exageradamente en presencia de una sustancia ingerida, debemos provocar expresamente esta excitación, para anularla ó destruirla por medio de la corriente. Se harán pues las sesiones, inmediatamente después de las comidas, varias veces al día al principio y si hubiera temor de que los vómitos se produzcan, se continuará hasta la completa digestión de los alimentos. En todo caso queda éste al criterio del médico.

El número de sesiones.—El tratamiento debiendo prolongarse hasta la completa desaparición de los síntomas, cuanto más rebeldes sean éstos, el número de sesiones será mayor.

La dirección de la corriente.—Esta es determinada por la colocación de los eléctrodos. Antes de que Apostoli y Semmola precisaran las reglas que deben guiar al práctico, una gran parte de los fracasos de la galvanización, obedecieron á que se hacía uso indistintamente de la corriente ascendente ó descendente. Los insucesos de Watteville y otros fueron debidos á que emplearon la primera. Bien pronto se demostró que el sentido de la corriente no era indiferente.

Basábase esta observación en ciertos hechos clínicos. En casos de neuralgias por ejemplo, la corriente ascendente producía un efecto diametralmente opuesto al que se iba buscando; el dolor, lejos de disminuir aumentaba. Lo contrario pasaba con la corriente descendente; la sedación del dolor era manifiesta.

Este hecho se aplicó en seguida á la electrización en los vómitos, y de ahí es que hoy se emplea exclusivamente la corriente descendente cuando hacemos uso de la galvanización. Como se comprende, esto no tiene importancia en los casos en que se empleará la inducción.

Pasemos ahora á las observaciones.

Observación I.—Vómitos nerviosos incoercibles, salivación, constipación rebelde—Curación.

Ascensión V. de 12 años de edad, con antecedentes hereditarios sin importancia, viviendo en buenas condiciones higiénicas, ha sido relativamente sana, fuera de algunas enfermedades intercurrentes (sarampión, tos convulsa, fiebre tifoidea), la última de las cuales apareció á los 9 años.

Su enfermedad actual data desde principios del mes de Enero (1895).

Un día observó que después de las comidas sobrevenía salivación, que se hizo después abundante unas veces, en tanto que en otras la cantidad de saliva disminuía, volviéndose espesa y glutinosa; el apetito y las digestiones eran sin embargo buenas. Estas alternativas duraron cerca de dos meses.

El 5 de marzo, después de la comida, estos se repitieron tres veces. En los días subsiguientes como los vómitos aumentaran recurre á un médico. La tiene en tratamiento cerca de un mes y medio prescribiéndole varios medicamentos al interior; pero si al principio pareció iniciarse alguna mejoría en el sentido de que los vómitos disminuían, bien pronto éstos recrudecieron con más intensidad que antes. Consulta en se-

guida á un ginecólogo distinguido, cuyo tratamiento (medicamentoso) duró un mes, su resultado negativo. Poco después á un curandero que la explota. Entre tanto los vómitos aumentaban de una manera alarmante y el estado de nutrición se resentía visiblemente. El único alimento que retenía en el día, era un gran vaso de leche con el cual se le interrumpía el sueño durante la noche.

En este estado se hallaba cuando ingresó á nuestro servicio.

Estado actual.—En regular estado de nutrición (dice haberse adelgazado bastante). Ningún alimento sólido ó líquido es retenido más de un momento. A la palpación el epigastrio no es doloroso. No hay síntomas de histeria. Los vómitos biliosos unas veces, mucosos otras, se producen hasta cuarenta veces al día. Empieza á manifestar depresión. El ptialismo del principio ha desaparecido, pero en su lugar se ha hecho persistente un síntoma mucho más molesto. La saliva espesa se aglutina en la garganta, dando lugar á veces á accesos de sofocación, al mismo tiempo que una sed insaciable y repentina se manifiesta; el agua ingerida es devuelta en seguida. La orina de reacción ácida, contiene 27 °/oo de úrea. No contiene ni albúmina, ni glucosa; cloruros 9 °/oo, fosfatos 1,3° °/oo. No hay sedimento.

El 10 de septiembre se inicia el tratamiento. Empleamos primeramente el procedimiento de Semmola, durante tres días; las sesiones duraban 15 á 20 m., las intensidades empleadas oscilaban entre 3 y 8 M. A. Galv. de Gaiffe. Los vómitos persistían con la misma frecuencia que antes.

El 13 resolvimos cambiar el procedimiento de electrización seguido, por el de Apostoli. Al día siguiente los vómitos no se produjeron después del almuerzo, pero sí en el resto del día.

El 15 la mejoría se inicia. La sed disminuye, la saliva es menos espesa. La enferma no ha devuelto ni el almuerzo ni la comida, pero los vómitos se han producido 7 veces.

El 16 tiene dos vómitos, la sed ha desaparecido completamente, la saliva ha recobrado su fluidez normal. El 17 es la primera vez después de más de seis meses que no lanza absolutamente nada; el 18 se produjo un vómito; el 19 ninguno.

El tratamiento es continuado diariamente. La enferma me-

jora. Tiene sus alternativas, los vómitos no han desaparecido aun, se producen dos ó tres veces al día cuando más.

Pero el primero de octubre puede ya considerarse definitivamente curada. Los vómitos no han vuelto á producirse, la constipación ha desaparecido, el estado de nutrición mejora notablemente y la enferma es dada de alta el 2 de octubre.

En resumen, la duración del tratamiento ha sido de 22 días.

Observación II.—Vómitos incoercibles datando de 7 meses, constipación rebelde.—Curación.

Adelina R. 13 años. Antecedentes hereditarios sin importancia; los individuales buenos; ha vivido siempre en excelentes condiciones de higiene. No conoce ninguna enfermedad hasta la edad de 12 años y 1/2 en que fué atacada de influenza.

Su enfermedad actual data desde esa época (12 de noviembre de 1894).

Los vómitos se iniciaron al día siguiente y como persistieran consulta un médico. Prescríbele varios medicamentos al interior, una mosca de Milán en el epigastrio, sin resultado.

Recurre á otro. Le aplica la electricidad (farádica) durante tres meses; resultado idéntico al anterior.

Se dirige al servicio de niños del Hospital de Clínicas. Prescríbenle baños de lluvia fríos. Toma éstos cerca de un mes (27); en seguida sinapismos en el epigastrio y más moscas de Milán después; pero nada de esto da resultado. Vista la impotencia del tratamiento, se la envía á nuestro servicio.

Estado actual.—En mal estado de nutrición. La enferma acusa una nerviosidad excesiva. La región de los ovarios es el asiento, más el izquierdo que el derecho, de un dolor espontáneo que se exaspera por la presión y da lugar á una sensación de contricción, de bola cuyo punto de partida es el estómago. Se oyen á veces borborigmos intensos durante la palpación abdominal. En una palabra, se trata aquí de una histérica que además de los indicados, presenta otros estigmas de su neurosis.

El primero de junio se inició el tratamiento. Empleamos en un principio la corriente de Arsonval de alto potencial y gran frecuencia, bajo forma de duchas. El resultado al cabo de un mes no era muy halagüeño; los vómitos habían dismi-

nuído muy poca cosa, la constipación persistía. Resolvimos emplear entonces la galvanización (Procedimiento de Semmola).

Iniciado el 5 de julio este tratamiento en sesiones diarias de 15 m. más ó menos y con intensidades variables de 3 á 8 M. A. Salv. Chardin, la enferma al cabo de 45 dias de tratamiento quedó definitivamente curada. Los vómitos no han vuelto, la constipación ya no existe y su estado de nutrición mejora rápidamente.

Sin embargo, el tratamiento (por la galvanización) ha sido doblemente más largo que el de la observación anterior, donde casi solo empleamos el método de Apostoli; pero ¿es esto debido á la diversidad de él ó tal vez á la causa de los vómitos? No me ha sido posible averiguarlo, por falta de mayor número de observaciones. Sin embargo, hay que hacer constar que aquí se trata de una histérica. Además, su aparición ha coincidido con una enfermedad infecciosa, la influenza, y no debemos pasar por alto este dato. Se ha observado que en la pasada epidemia de influenza en París (1894) entre las variadas formas que revistió esta enfermedad, se constató muchas veces vómitos incoercibles que cedieron á la electrización de los neumogástricos y que eran de naturaleza indudablemente infecciosa.

Dos palabras más para concluir. La electrización no solo estaría indicada en los casos de vómitos idiopáticos como los de las observaciones que presento, sino también contra las gastralgias, dispepsias, vómitos consecutivos al embarazo, los de ciertas afecciones de los centros nerviosos ú otros.

Tal la preconizan distinguidísimos electro-terapeutas.

No tengo, sin embargo, observaciones al respecto, pero me prometo saber lo que hay de cierto.

De manera que podemos arribar á esta conclusión «*que la galvanización metódica y sistemáticamente empleada, por la eficacia y rapidez de su acción, aun en aquellos casos en que ningún medicamento da resultado* (obs. I y II) *debe ocupar decididamente un puesto, y bien alto por cierto, en la terapéutica de los vómitos incoercibles*».

Octubre de 1895.

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

SESIÓN CIENTÍFICA DEL 25 DE SETIEMBRE

Sobre un caso de sífilis hereditaria tardía

Dr. Araoz Alfaro—La frecuencia con que casos como el presente inducen en error á los médicos, y el hecho de que varios colegas, que han visto esta enfermita, la han creido interesante, me ha inducido á presentarla á ustedes.

Como se vé, es una niñita que no aparenta más de 7 ú 8 años de edad; tiene, sin embargo, 11. El padre asegura no haber estado enfermo jamás de afección venérea, la madre parece sana, pero no me ha sido posible interrogarla sino en presencia del marido y con la discreción consiguiente.

Esta niñita es la segunda hija del matrimonio; el primer parto se produjo antes de término, por el 8º mes más ó menos, y el niño murió á los cinco días. No recuerdan los padres que tuviera lesión cutánea notable.

Nuestra enfermita nació á término y fué criada al pecho por la madre hasta las seis semanas; desde esa edad, fué alimentada con biberón. Parece que los dientes salieron más ó menos en tiempo normal; empezó á caminar un poco tarde, á los dos años y era un poco débil de piernas.

Con todo, la niñita se puso sana y relativamente gruesa hasta la edad de 6 años. Entonces sobrevino una afección á los ojos que la tuvo casi ciega; dicen los padres que duró como mes y medio, pero como hace ya más de cuatro años no se puede contar con seguridad en ese dato. Después de curada la afección ocular, vino una á la garganta, con ronquera y dispnea, para la cual se procedió á la traqueotomía en el hospital alemán, teniendo necesidad de dejar la cánula en permanencia durante seis meses; la cicatriz puede verse aún.

Sobrevinieron después dolores á la rodilla izquierda que se hinchó poco á poco, luego á la mitad de la pierna del mismo lado, más tarde á la rodilla derecha y al codo del mismo lado. No saben precisar los padres el carácter de esos dolores.

Las tumefacciones que hoy llaman la atención, datan pues de dos años ó más. Como ven ustedes, la rodilla izquierda es la más grande; los cóndilos del fémur están engrosados lo mismo que la tibia, cuya epífisis está desprendida, como han podido constatarlo los doctores Gutiérrez y Gordillo que han examinado á la enfermita. Cuando ésta entró al Servicio, había también bastante líquido en la articulación, que hoy ha desaparecido casi por completo. Idénticas lesiones, pero en menor grado, presenta la rodilla derecha y el fémur de este lado está considerablemente espesado en la extensión de muchos centímetros. Además, la tibia izquierda, en su parte media, deja ver una tumefacción del tamaño de un huevo de gallina que no altera el eje del hueso.

En el codo derecho, el cúbito presenta idénticas lesiones. En todas partes, la piel no está inflamada y no hay señales de fístulas ni cicatriz alguna. En todas estas lesiones hay muy poco dolor, excepto en la rodilla derecha que era al principio bastante dolorosa á la presión.

Por lo demás, la niña es, como ustedes ven, de una palidez grisácea; su cráneo, con prominencias frontales un poco grandes no presenta ninguna deformación típica, sus dientes no son tampoco con deformaciones características, pero presentan muchas pequeñas erosiones é irregularidades. No hay en los ojos vestigios de lesiones ulcerosas.

La forma del tórax no tiene nada de notable; es un poco estrecho solamente; no hay rosario costal raquítico ni cicatrices.

El abdómen es abultado ; el hígado desciende considerablemente como está indicado en el trazado que paso á ustedes ; llega casi hasta el ombligo, es duro, indoloro y conserva su forma normal. El bazo proemina también en el abdómen; es igualmente duro y su borde puede palparse tres traveses de dedo por debajo del reborde costal; su diámetro mayor alcanza á 17 c. Nada de anormal se nota en los otros órganos abdominales como tampoco en los pulmones y corazón.

Los ganglios linfáticos superficiales están todos infartados y son, especialmente los de las regiones laterales del cuello, del tamaño de un poroto ó poco menos.

He presentado este caso como de sífilis hereditaria tardía porque creo esto lo más probable á pesar de los antecedentes

negativos de los padres y de que los otros hijos nacidos posteriormente son sanos, segun aquéllos dicen.

Para mí, en efecto, como para los Drs. Gutiérrez, Llambías Mir y Gordillo que han visto la enfermita, no cabe duda de la naturaleza específica de las lesiones. Hidartrosis y tumefacciones óseas, sin reacción inflamatoria, sin supuración ni fístulas después de dos años, sin fiebre; lesiones diafisarias en la tibia; deformaciones dentarias; hepatomegalia y esplenomegalia sin ascitis ni icteria; adenopatía periférica generalizada y, en los antecedentes, afección ocular grave y enteramente curada y afección laríngea ó traqueal que ha requerido la permanencia de la cánula durante seis meses, no pueden responder, me parece, sino á una infección sifilítica. Si las lesiones hubieran sido escrofulosas ó tuberculosas, como quiera decirse, no habrían curado sin dejar por lo menos cicatrices y fístulas múltiples y sin que hubiera fiebre; por otra parte, las lesiones del hígado y del bazo, eliminando enteramente el paludismo, no creo que puedan ser de otro origen que el sifilítico, dados los caracteres que presentan.

Me inclino á creer que la sífilis sea heredada y tardía en razón de que los padres, que son bien inteligentes, no han notado accidente primario ni secundario alguno y de que la lactancia se ha hecho exclusivamente por la madre.

En todo caso, la naturaleza específica me parece demostrada y el tratamiento mixto instituído parece confirmar esa creencia. En efecto, en 15 días de fricciones mercuriales y ioduro, el estado general de la niñita ha mejorado notablemente, habiendo aumentado un kilogramo de peso; las tumefacciones de la rodilla y tibia izquierdas han disminuido; la circunferencia de la primera es de 250 milímetros, en vez de 275 que tenía cuando entró.

Espero que la niña se mejorará considerablemente, si bien las lesiones que presenta son de aquellas que muy poco retroceden.

El interés que he encontrado á este caso para ocupar la atención de ustedes se refiere á la frecuencia con que estos enfermitos son tomados por escrofulosos y tratados como tales, con los resultados que es de suponer. El Dr. Gordillo que ha escrito su tesis sobre este punto, me dice que en casi todos los enfermos que ha podido estudiar, idéntico error se

había cometido, habiendo sido rectificado ó por el Dr. Larguía ó por él.

La enfermita que les presento ha sido también tomada como escrofulosa y tratada por el aceite de hígado de bacalao, etc. Estoy seguro de que si hace cuatro años, se hubiera hecho en debida forma el tratamiento específico, se habría evitado las lesiones que hoy constamos.

Dr. Gordillo—Manifiesta sus dudas respecto del origen hereditario del padecimiento de esta niña. Para él no hay duda de que se trata de sífilis porque las lesiones que presenta la enfermita son indudables, aunque faltan algunos de los estigmas que se consideraba como característicos, pero que son relativamente raros, la triada de Hutchinson completa, por ejemplo.

Por lo demás, se felicita de que se presente un caso como este, porque como ha dicho el Dr. Araoz, es muy común que enfermos como el presente sean mal diagnosticados y mal tratados.

En cuanto al caso actual, le parece difícil aceptar el origen hereditario por la falta de antecedentes de los padres por la falta de abortos y por el buen estado de salud de los otros hijos. Sería interesante que el Dr. Araoz Alfaro interrogara bien á la madre, en busca de antecedentes más completos.

Dados los que existen, es más probable que se trate de lesiones tardías de una sífilis cuyo primer y segundo período hayan pasado desapercibidos, lo que, por lo demás, no quita al caso el interés que justifica su presentación.

Dr. Lucero—Opina como el Dr. Gordillo que, sin la debida constatación de los antecedentes hereditarios, falta al diagnóstico su elemento principal; faltan también en el enfermo los estigmas de la sífilis hereditaria tardía:—la sordera, la keratitis, los dientes de Hutchinson, los pliegues labiales, las cicatrices de la piel, la debilidad mental y entre las lesiones óseas el cráneo natiforme. La enfermita es inteligente. Está anémica, pero la anemia no puede ser terminante para sostener ese diagnóstico; tampoco pueden serlo las lesiones óseas: la hidrartrosis es un fenómeno vulgar de vecindad; las hiperostosis del cúbito derecho, de ambos fémures y de la tibia izquierda podrían depender de una osteomielitis, que se ha generalizado por ataques sucesivos sin pasar del período

que constituye la primera forma de Gosselin. La lesión de la tibia, hiperostosis ovalada de la diafisis, no es tampoco característica, pues no ha alterado la dirección del eje del hueso y no es la tibia en sable de Lannelongue; además hay también osteomielitis espontáneas que son diafisiarias. Finalmente, el dolor que en las osteomielitis de crecimiento es más provocado que espontáneo, en esta niñita sucede lo contrario.

Por otra parte, no son más probantes las lesiones viscerales:—el tamaño del bazo está con frecuencia subordinado al estado del hígado y en este caso, el hígado es regular, sin núcleos gomosos, como puede verse en el trazado que el Dr. Araoz nos presenta y no tiene por consiguiente los caracteres de las lesiones sifilíticas de este órgano.

En cuanto á la adenopatía, es rara en la sífilis hereditaria, tanto que se ha hecho de ella un carácter de importancia para distinguirla de la adquirida.

Por último, el examen de los antecedentes deja mucho que desear: no sabemos qué edad tiene el siguiente hermano de la enfermita que, como los demás, es sano; la enfermedad de los ojos que ha sufrido en su primera edad ha durado sólo mes y medio, término muy corto para la evolución de la keratitis intersticial y no ha dejado rastros; la permanencia de la cánula durante seis meses no demuestra que esa haya sido la duración de la afección laríngea, porque él ha visto otra enfermita en la cual, sin necesidad, dejaron en el Hospital Alemán una cánula durante dos años.

Por tales motivos cree que no es posible considerar probado el diagnóstico de sífilis hereditaria, ni aun el de sífilis adquirida en su período terciario. Juzga sin embargo que el caso justifica el ensayo del tratamiento específico.

Dr. Araoz Alfaro—Reconoce que las reservas respecto del origen hereditario que ha hecho el Dr. Gordillo son muy justificadas é insiste en que sólo ha hecho un diagnóstico probable á ese respecto, fundado en la ausencia de datos que permitan sospechar una infección después del nacimiento y en el parto anterior, antes de término, de la madre.

En cuanto á las dudas del Dr. Lucero sobre la naturaleza misma de las lesiones, no puede aceptarlas, y cree que su distinguido amigo está un poco olvidado de ciertos puntos porque ha dicho muchas inexactitudes que él ha podido notar por el hecho de haber leído en estos últimos días los

libros escritos sobre la materia y especialmente Fournier.

Dice el Dr. Lucero, que faltan los estigmas de la sífilis hereditaria, la sordera, la keratitis, los dientes de Hutchinson, etc. Pero los autores están hoy contestes en que de la triada de Hutchison, solo la keratitis es frecuente; los dientes característicos son muy raros, siendo comunes solamente irregularidades y deformaciones sin ningún valor específico; la sordera es muy rara también relativamente, según se lo ha referido el Dr. Gordillo que ha estudiado especialmente la cuestión.

Luego pues, no hay que exigir que la triada exista para diagnosticar sífilis hereditaria.

Por lo demás, hay deformaciones dentarias y ha habido una afección ocular que probablemente ha sido una keratitis intersticial.

Dr. Lucero—Ha durado mes y medio y no ha dejado opacidad alguna. La keratitis intersticial dura seis meses á un año.

Dr. Araoz Alfaro—No es fatal que dure tanto y luego no es seguro que los padres recuerden con exactitud, después de cuatro años, la duración de la enfermedad.

El hecho es que no ha quedado opacidad alguna y es más probable que esto suceda por una keratitis intersticial que por una flictenular escrofulosa.

La debilidad mental está muy lejos de ser frecuente.

Y en cuanto á que cuatro lesiones óseas, en huesos distintos, unas cerca de la epifisis y otra en medio de la diáfisis, sean restos de osteomielitis, ninguna de las cuales ha pasado del 1er período, es, me parece, forzar demasiado las posibilidades. No se me había ocurrido que ese diagnóstico pudiera hacerse, ni se le ha ocurrido tampoco á ninguno de los otros colegas que han visto la enfermita. No puedo admitir que cuatro esteomielitis se hayan producido sucesivamente y que ninguna haya llegado á supurar, como no puedo admitir tampoco que la osteomielitis infecciosa se haya producido en la diáfisis de la tibia, en forma y localización que pertenecen á la sífilis.

Dice el Dr. Lucero que la tibia no presenta la forma en sable descrita por Lannelongue, pero yo no sé que ni él ni nadie haya pretendido que sólo esa forma presenta la tibia sifilítica.

El hecho de que la tumefacción de la tibia no altere el eje del hueso, viene precisamente en apoyo de la idea de sífilis.

lejos de ser una objeción como pretende el Dr. Lucero. Todos los autores lo reconocen así y es ese un carácter diferencial del raquitismo.

En cuanto á que el hígado y el bazo por el hecho de ser regulares y sin abolladuras no presenten caracteres de lesiones específicas, el Dr. Lucero está también equivocado, puesto que de las tres formas de lesiones del hígado estudiadas por Hutchinson y Fournier en la sífilis hereditaria, sólo la gomosa presenta esas irregularidades y ella está lejos de ser la más común. En nuestra enfermita, puede tratarse de cirosis sifilítica ó de degeneración amiloidea; no hay signo que permita asegurar cuál es la lesión.

Por último, la adenopatía que, según el Dr. Lucero, es rara en la sífilis hereditaria, es, al contrario, muy frecuente según Hutchinson y Fournier y precisamente en la forma que hemos descrito en nuestra enfermita.

Dr. Lucero—No recuerda lo que dice Fournier que, por otra parte, ha sido llamado el romancero de la sífilis. Pero Thibierge, en su artículo del tratado de Bouchard y Charcot, dice que la adenopatía es rara. Además, en su práctica ha visto muchos casos de sífilis hereditaria tardía y muy rara vez ha notado ese síntoma.

Dr. Araoz Alfaro—Dígase lo que se quiera de Fournier, no se podrá negarle que haya visto con frecuencia un síntoma en los muchísimos enfermos que ha estudiado. Ni recusará tampoco el Dr. Lucero la autoridad de Hutchinson, según el cual la adenopatía es frecuente, siendo precisamente uno de los síntomas que más inducía en error, inclinándose á la escrófula.

Dr. Gordillo—Lejos de ser rara, la adenopatía es muy frecuente; en 14 casos que ha estudiado, sólo la ha visto faltar una ó dos veces.

En cuanto á las otras lesiones, está enteramente de acuerdo con el Dr. Araoz Alfaro; las que existen son todas de caracteres sifilíticos si bien faltan algunos estigmas, que no son necesarios. Lo que dicen los autores y su observación propia, le demuestran que la sordera y los dientes de Hutchinson son raros.

Por lo demás, en caso de ser osteomieliticas las lesiones epifisiaras múltiples, se trataría de osteomielitis crónicas d'emblée

y no de osteomielitis agudas quedadas en el primer período. En todo caso, la lesión diafisiaria de la tibia no puede ser atribuída sino á la sífilis.

Dr. Lucero—No cree oportuno el diagnóstico con la osteomielitis crónica d'emblée que no es epifisiaria sino diafisiria, por lo menos como la describe Demoulins quien le ha dado ese nombre en su tesis de París de 1888, si recuerda bien.

Dr. Araoz Alfaro—Como conclusiones del debate al que su comunicación ha dado lugar, considera probado que se trata de lesiones sifilíticas terciarias, pero que es dudoso su orígen hereditario.

En todo caso, se felicita de haber presentado un nuevo ejemplo de una afección que es casi siempre mal diagnosticada y mal tratada.

El Sr. Barberán Aquino—Opina también que se trata indiscutiblemente de un caso de sífilis, haciendo notar que, como dice Finger, esa enfermedad es muy variable en sus modalidades y no es posible exigir á todas sus manifestaciones idénticos caracteres.

Dr. Torrent (J. E.)—Refiere un caso muy interesante de sordera en un adulto que se presentó al Consultorio de la Asistencia Pública. Bien examinado el enfermo, había presentado la triada de Hutchinson porque, además de la sordera, había los dientes característicos y ligeras opacidades en las córneas, restos de Keratitis intersticial.

El caso interesante presentado por el Dr. Araoz Alfaro, le despierta deseos de examinar el estado de las visceras, cosa que no había hecho antes por haber visto al enfermo en un consultorio de especialista.

La génesis de los tonos y soplos cardíacos

Dr. Davison—Manifiesta que fué con sentimiento, que no pudo concurrir á la sesión anterior por exijencias imperiosas, pero que contestará hoy á las objeciones de los Dres. Araoz Alfaro y Lucero.

Los dos colegas le reprochan que se valga de medios extremadamente simples y aún primitivos en sus experiencias. El cree que si con ellas consigue lo que se propone, lejos de ser un defecto será mas bien un mérito la simplicidad del procedimiento. No es solo en el uso de métodos complicados y difíciles que ha de encontrarse la verdad.

Llegando luego á las objeciones capitales, el Dr. Lucero ataca el experimento para probar el mecanismo del segundo tono, diciendo que al coser el trapo al rededor del vaso para impedir que las paredes sean elásticas, dejando un pequeñísimo espacio cerca de las válvulas, deja en realidad, un espacio extensible y elástico. Francamente, es él demasiado pequeño para determinar fenómenos de reflujo, y por otra parte, si cosiera el trapo hasta la inserción misma de las válvulas, éstas se encontrarían dificultadas en su juego. Luego, creo haber probado que el tono se produce en el momento en que la sangre concluye de pasar del ventrículo á la arteria, antes de todo reflujo posible.

Respecto del primer tono, tanto el Dr. Lucero como el Dr. Araoz, le reprochan que no hace intervenir para nada en su génesis el elemento muscular. El Dr. Araoz citaba á ese respecto experiencias diversas, entre otras algunas recientes de Krehl; no las conoce y por tanto no podía considerarlas, pero cree que desde que se trata de tonos musicales, no es posible admitir que sean vibraciones irregulares y desiguales como las de la contracción muscular quienes los determinen.

En cuanto á las otras objeciones del Dr. Araoz acerca de que su teoría eetá en contradicción con los datos adquiridos por la cardiografía, no conoce tampoco las estudios de Frank y de Martius que aquél ha citado. Hará observar solamente que los datos sobre cardiografía no son aún seguros.

La objeción del Dr. Lucero de que en su hipótesis los dos silencios serán iguales, no es fundada, puesto que él supone á los dos tonos producidos un poco antes de lo que generalmente se admite y por consiguiente la relación de los silencios no está alterada.

El Dr. Araoz observó también que de ser cierta la hipótesis emitida sobre la producción del primer tono, este sería presistólico como lo es el soplo en la estrechez mitral, puesto que se produce al fin de la contracción auricular. Hay que notar, sin embargo, que él supone que el primer tono se origina enteramente al fin del sístole auricular, casi en el sístole ventricular.

Dr. Lucero.—Explica al Dr. Davison que, al hablar de procedimientos primitivos. no lo hizo en otro sentido que el de significar su orden cronológico.

Por lo demás, cree inútil continuar una discusión semejante sin tener á la vista trazados gráficos, etc.

Dr. Araoz Alfaro—Al hablar de procedimientos demasiado simples, lo hizo sólo criticando la falta de los procedimientos gráficos modernos en las experiencias del Dr. Davison. Persiste en creer que ellos son indispensables.

No acepta que la irregularidad de la contracción muscular baste para rechazar su participación en la producción del primer tono cardíaco y mucho menos después de las experiencias que citó en la sesión anterior. No es exacto que, como dice el Dr. Davison, los tonos sean sonidos musicales; todos los físicos están de acuerdo al contrario en que no lo son, pero como se aproximan á ellos muchísimo más que los soplos y frotes, se les ha reservado el nombre, impropio en realidad, de tonos.

En cuanto á las objeciones que hizo respecto de la contradicción en que se encuentra la hipótesis del Dr. Davison con los datos exactos adquiridos por la cardiografía, su distinguido contendor no ha levantado el cargo.

Reproduce luego en la pizarra los trazados y las observaciones que hizo en la sesión anterior, tomados de F. Franck y de Martius que pueden ser consultados, entre otras fuentes, en el libro de Gillet titulado «Rythme des bruits du cœur».

Insiste además sobre el carácter de exactitud considerable que esos estudios comportan.

El Dr. Davison no ha destruido tampoco la otra objeción que le hizo respecto de que, si el primer tono se produjera en la última parte del sístole auricular debería ser presistólico en relación con el choque de la punta y el pulso, como lo es el soplo de la estrechez mitral. En la última parte del sístole auricular se producen uno y otro ruido; presistólico debería pues ser el primero como lo es el segundo.

LOS CURSOS LIBRES EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Obligaciones y derechos de los profesores suplentes

DICTAMEN Y PROYECTO DE LA COMISIÓN DE ENSEÑANZA

Publicamos á continuación, suprimiendo sólo por la falta de espacio algunos párrafos de menor importancia, el interesante informe de la comisión especial de enseñanza de la Facultad de Medicina.

Nos reservamos para el número próximo hacer sérias críticas á este proyecto, pero nos place oir á dos miembros del cuerpo superior de la Facultad declarar con franqueza los defectos de la organización actual y tratar de corregirlos.

No habrán olvidado nuestros lectores que idénticas críticas nos había sugerido la ordenanza sobre cursos libres sancionada por el Consejo Superior Universitario, ordenanza bien intencionada, pero enteramente inaplicable á nuestra Facultad. Es casi inútil decir que la Facultad no ha aceptado las reformas propuestas por su comisión especial, ni en todo ni en parte, y que subsiste una ordenanza tan poco práctica, que en el año actual un solo sustituto ha dictado un curso libre !

He aquí el informe aludido :

.....

« Es necesario reconocer, señor Decano, que en la actualidad los profesores suplentes de la Escuela de Medicina, después de la gimnasia intelectual desplegada en la preparación de los concursos, esterilizan sus fuerzas en la larga y paciente espera del profesorado propiamente dicho. Y es lastimoso tener que declarar que en nuestra Escuela de Medicina los profesores suplentes no tienen otro teatro donde demostrar su suficiencia, ni otra obligación tampoco, que la de formar parte de las mesas examinadoras, y como prueba palmaria bastará mencionar que hay profesores suplentes que hace más de 19 años que no dictan una sola conferencia á los alumnos y otros que no la han dictado nunca! De esta práctica nociva

deriva que las inteligencias jóvenes con aspiraciones legítimas al profesorado pierden su entusiasmo y decisión en tan penosa espectativa y la más de las veces dedican todo su tesón al ejercicio profesional que los distrae de la senda de la enseñanza, y con esto la Facultad de Medicina pierde vigorosos impulsos que bien dirigidos hubieran redundado en su propio progreso. Y ocurre entonces que algunos de estos profesores suplentes llamados tardíamente á la cátedra, como profesores titulares traen á ella el caudal inapreciable de la práctica médica, pero novicios en la enseñanza resultan profesores pesados, de dicción difícil y, sin el arte del maestro, deficiencias que los convierten en monótonos conferenciantes incapaces de cautivar un auditorio, y á lo que la Facultad de Medicina debe aspirar y tiene derecho á ello, es á formar profesores completos, que deduzcan con la propiedad y corrección de la frase, ilustren con su experiencia propia y comuniquen á sus oyentes el noble aliento de investigación de la verdad, base de toda ciencia. Así lo han comprendido las universidades europeas, donde la carrera del profesorado está escalonada en ascensos progresivos en los cuales el catedrático se forma paulatinamente antes de asumir la grave responsabilidad de la enseñanza oficial, y es por esto también que nuestra Facultad de Ciencias Médicas debe felicitarse de la inteligente y acertada iniciativa del Consejo Superior Universitario, que le permitirá educar en la cátedra á sus distinguidos profesores suplentes.

Por las razones anteriormente apuntadas, esta comisión especial de enseñanza es de opinión que la Facultad de Medicina debe imponer á sus profesores suplentes la obligación de dictar cursos complementarios de los dictados por el profesor titular, abandonando de este modo la práctica actual que los declaraba facultativos, por la ineficacia de sus resultados. Sólo así también puede ser verdadero el título de antigüedad que frecuentemente se invoca por los interesados en la prioridad en la formación de las ternas para los nombramientos de profesores titulares.

Esta Comisión de Enseñanza cree también que dada la especialidad de los estudios médicos, las ordenanzas universitarias aludidas son factibles de algunas objeciones de detalle que si no son atendidas podrían hacer peligrar su éxito, y por esto se permite presentarlas al ilustrado criterio de la Aca-

demia de Medicina, confiada en que si ella las juzga ocurrentes, se servirá elevarlas ante el Consejo Superior Universitario.

La primera ordenanza remitida dispone en su artículo 1º: — « Los profesores suplentes que den lecciones sobra las materias de sus respectivas asignaturas con arreglo á los programas aprobados por las Facultades y previa autorización de éstas, podrán expedir á los alumnos matriculados certificados de asistencia á esas lecciones, que les servirán de comprobantes para justificar el cumplimiento de la obligación que les impone el artículo 1º de la ordenanza de 1º de Octubre de 1894. » — Ahora bien, señor Decano: — la Facultad de Medicina se ha encontrado en la imposibilidad material de llevar la lista de faltas de asistencia de los alumnos á las clases de los profesores titulares, y mal podría hacer cumplir el artículo 1º de la ordenanza de 1º de Octubre de 1894 en las clases dictadas por los profesores suplentes, si resuelve prestigiarlas decididamente. Es sabido, en efecto, que todas las tentativas hechas en nuestra Facultad para cumplir con dicha ordenanza han fracasado, (hasta la ideada últimamente de numerar los asientos en las clases teóricas, medida parcial, pues no era igual para todos los cursos, que ha sido resistida pasivamente por los estudiantes). Los bedeles en la Facultad de Medicina no sirven sino para llevar la lista de faltas de los profesores á las clases; lo ha consagrado así la costumbre, pues en el año anterior y en el presente año escolar no se han pasado listas de faltas á los alumnos, y á pesar de ello, la asistencia á los cursos no ha mermado, concurriendo aproximadamente el mismo número que en los años anteriores. Es opinión de esta Comisión de Enseñanza, que las clases dictadas por los profesores suplentes deben ser equiparadas en sus prerrogativas á las dictadas por los profesores titulares y por lo tanto no debe pasarse en ellas la lista de asistencia. Estudiando detenidamente la mente de este artículo, se ve por otra parte que la expedicion de los certificados de asistencia de los alumnos es facultativa del profesor y de ningún modo obligatoria.

La misma ordenanza en su artículo 2º dispone : — « Para la validez de esos certificados las lecciones deberán comprender todo el programa de la asignatura ; las de materias clínicas se darán en el número de horas semanales que exija la Facultad para los cursos oficiales. » Como lo acaba

de hacer notar esta Comisión, los certificados aludidos no podrán ser expedidos ni por los profesores titulares ni por los profesores suplentes, faltando á unos y otros el criterio para juzgar de la asistencia de los alumnos á los cursos, por la imposibilidad de pasar listas con corrección. Pero esta Comisión especial de Enseñanza se cree en la obligación de llamar la atención de la Academia de Medicina sobre la intención meditada de este artículo, pues cree que lo que el Consejo Superior Universitario se ha propuesto es que los cursos dictados por los profesores suplentes representen una labor intelectual igual á la empleada por los profesores titulares en sus cursos oficiales, haciéndolos entonces acreedores al premio universitario que establece la 2ª ordenanza que estudiaremos más adelante. En nuestra opinión debe reformarse el artículo y en vez de exigir que « las lecciones debe- « rán comprender todo el programa de la asignatura », bastará pedir que « las lecciones deberán comprender todo el « programa aprobado en cada caso por la Facultad de Me- « dicina. » No hay en verdad ninguna ventaja para los estudios en esta repetición en los cursos teóricos de las mismas cuestiones científicas, ó por lo menos, habrá más provecho en que los cursos dictados por los profesores titulares y suplentes se complementen, pudiendo dedicar mayor tiempo á la dilucidación de los temas de los conferenciantes. Así es en efecto, como ocurre en las Facultades europeas, donde las clases dictadas por los profesores titulares y suplentes abarcan cuestiones diferentes y esto con un positivo beneficio en la enseñanza.

El artículo 3º de la misma ordenanza dispone: « Las lec- « ciones de clínica serán dadas en un hospital, para lo cual el « profesor deberá tener, por lo menos, una sala á su cargo, « ú obtener el permiso correspondiente de la autoridad que « la dirige. Las demás lecciones podrán ser dadas en el local « de la Facultad. » La bondad de este artículo no ofrece discusión, pues se desprende de su simple lectura que lo que se ha tenido en vista es garantir que la enseñanza de la clínica se haga á la cabecera de los enfermos y con una suficiencia de casos clínicos que asegure su variedad. Igual garantía deberá ofrecer la enseñanza de las materias prácticas, y se debe exigir por consiguiente que los cursos de esa naturaleza que se dicten por los profesores suplentes, tengan l

gar en los gabinetes, laboratorios y anfiteatros de la Facultad, aprovechándose para ésto los elementos allí acumulados con el único y exclusivo objeto de mejorar la instrucción de los alumnos. Esta comisión prevé la resistencia que algunos profesores titulares opondrán á la medida aconsejada por temor de pérdida en los materiales de los gabinetes, laboratorios y anfiteatros que están bajo su dirección, pero teniendo en cuenta que dichos cursos serán dictados por personas competentes como los profesores suplentes que han acreditado su suficiencia por medio de los concursos, semejante peligro se desvanece, si la Facultad hace á los profesores suplentes directamente responsables de las pérdidas que ocurran.

Las mismas facilidades que esta Comisión desea que la Facultad de Medicina presente á los aspirantes á dictar conferencias prácticas, debe beneficiar también á los profesores suplentes que quieran dictar cursos clínicos, y en tal virtud. propone que la Facultad, siempre que ocurra el caso y lo juzgue conveniente, resuelva que en los servicios de la clínica oficial en que hayan dos ó más salas, una de ellas se destine á las conferencias dictadas por los profesores suplentes

Sólo con medidas como las propuestas, esta Comisión especial de Enseñanza espera ver realizadas todas las promesas que en beneficio de la instrucción más amplia contienen las dos ordenanzas aludidas. »

Estudia luego el informe el carácter de las diversas cátedras de la Escuela, y continúa:

« Con este detalle prolijo se demuestra que la enseñanza actual en la Facultad de Ciencias Médicas, se hace principalmente con clases prácticas y clínicas (18 clases prácticas ó clínicas para 10 clases teóricas), y no es aventurado suponer que casi todas las clases teóricas se convertirán en un porvenir muy cercano en clases prácticas ó clínicas. Y no podrá ser de otro modo, pues las ciencias médicas basadas sobre la experimentación y observación, requieren todas ellas, gabinetes, laboratorios, anfiteatros ó servicios clínicos para su estudio conveniente. Si la Facultad de Ciencias Médicas desea por consiguiente utilizar el valioso concurso que sus profesores suplentes pueden prestarle en una enseñanza tan extensa y variada como la que le está encomendada, será necesario poner á disposición de los mismos todos sus recursos de instrucción siempre que, como es justo esperar, esta medida no

perjudique á la enseñanza oficial de los profesores titulares.

En un informe anterior de esta Comisión especial de Enseñanza referente á una solicitud del Profesor suplente Dr. D. José A. Esteves y despachado con el mismo criterio elevado que nos guía en el presente, se ha objetado en el seno de la Academia de Medicina, que los cursos de profesores suplentes despertarían una rivalidad enojosa entre éstos y los profesores titulares, y que la aceptación de dichos cursos equiparados á la de los cursos oficiales, como lo establece la Ordenanza Universitaria, traería una verdadera anarquía en los estudios.

Tal aseveración no puede haber sido hecha sino en la ignorancia de los grandes beneficios que las Ordenanzas supradichas ofrecen á las Facultades y en especialidad á la de Medicina por la clase misma de sus estudios.

Supongamos en efecto que sujetos estrictamente á la letra de la Ordenanza, la Facultad permitiese á los profesores suplentes dictar cursos teóricos completos conforme en todo á los programas adoptados por la Facultad de Medicina. Supongamos también por un momento, siempre en el terreno de las hipótesis, que las dos clases dictadas lo fuesen obedeciendo á doctrinas diametralmente opuestas. Supongamos, por fin, para llevar al colmo lo inverosímil, que las dos clases apasionando á sus grupos de concurrentes produzcan una rivalidad científica entre los dos profesores y sus alumnos respectivos, que sería el caso invocado con falsa alarma «de anarquía en los estudios.» Y bien, — ¿acaso esta misma lucha intelectual, no sería en beneficio de la enseñanza? — ¿esta misma rivalidad, no tendría que despertar mayor estudio y contracción en los profesores de la misma Escuela? — ¿y por fin, por parte de los alumnos, no los obligaría á más ilustración para impregnarse de las cuestiones científicas debatidas? — Considerando además esta misma objeción bajo otra prisma, se podría oponerle que ningún aforismo médico se presenta á la inteligencia con la veracidad de una acusación matemática, y que muy por el contrario, la dificultad misma de interpretación de los fenómenos sometidos á nuestro estudio, no haría sino disminuir y en mucho con la intervención de criterios diferentes en la misma controversia. Pero como ya se ha hecho notar, esta Comisión de Enseñanza, desea que

los cursos dictados por los profesores suplentes sean siempre complementarios de los dictados por los profesores titulares, lo que se conseguiría con la reforma pedida en el texto del Artículo 2º de la Ordenanza respectiva.

La segunda Ordenanza Universitaria del 16 de Marzo de 1895: « Establece una compensación de mil doscientos pesos que será acordada al profesor suplente que dé lecciones sobre su asignatura, siempre que se sujete á las condiciones siguientes:

« 1º Que obtenga la autorización de la Facultad respectiva.

« 2º Que se inscriban en su curso la quinta parte por lo menos, de los alumnos matriculados, no bajando de diez.

« 3º Que las lecciones sean dadas en las condiciones establecidas en la Ordenanza de la fecha.

« 4º Que en los exámenes sea aprobado, por lo menos, el 80 % del número de alumnos inscriptos para el curso que dé. »

Esta Comisión especial de Enseñanza propone la reforma de los incisos 2º y 4º en la forma siguiente:

Para el inciso 2º. « Que concurran en su curso, un término medio por conferencia de más de la mitad de los alumnos matriculados en la misma asignatura. »

Si ofrece dificultad en efecto pasar lista á los alumnos para saber las personas que concurren, se puede fácilmente averiguar el total de la concurrencia en cada conferencia, y es de suponer fundadamente que sean los alumnos de la misma asignatura los que constituyan la gran mayoría en la asistencia.

En cuanto al inciso 4º, esta Comisión propone su supresión completa, porque cree que la medida establecida para juzgar de la bondad de las conferencias, basándose en el número de aprobados en los exámenes, es inadecuada si se tiene en cuenta que los mismos alumnos, y probablemente los más estudiosos, concurrirán indiferentemente á los dos cursos, y no podrá apreciarse nunca los beneficios conseguidos con uno y otro profesor. Esta Comisión cree también que basta la comprobación de que las conferencias son concurridas por más de la mitad de los alumnos matriculados en la asignatura, para juzgar que dichos cursos se dictan convenientemente, sirviendo la atracción en la juventud estudiosa como medio de prueba para justificar su utilidad á la Escuela.

Y por último, — como esta Comisión propone que la Facultad conceda á los profesores suplentes el uso de sus gabinetes, laboratorios, anfiteatros y servicios clínicos para dictar sus conferencias, cree prudente establecer para evitar su empleo estéril, que la Facultad retire esta concesión á aquellos profesores suplentes que no consigan para sus cursos una asistencia médica que pase de más de la cuarta parte de los alumnos matriculados en la misma asignatura.

Por todos estos antecedentes la Comisión especial de enseñanza aconseja la aceptación del siguiente

PROYECTO DE ORDENANZA

Artículo 1º — Es obligación de los profesores suplentes dictar un curso de la asignatura en que estén inscriptos á lo menos una vez en un trienio.

Art. 2º — Estos cursos *serán complementarios* de los dictados por los profesores titulares y en los cursos teóricos y prácticos se sujetarán al programa que fuese aceptado por la Facultad de Medicina en cada caso particular.

Art. 3º — Los cursos prácticos se dictarán en los gabinetes, laboratorios y anfiteatros de la Facultad de Medicina, cuando con esta concesión no se perjudique á los cursos oficiales de los profesores titulares.

Art. 4º - Los cursos clínicos podrán dictarse en los servicios adscriptos á la misma asignatura, cuando existan dos ó más salas en una clínica oficial y el profesor titular pueda con una sola sala llenar las exigencias de su enseñanza.

Art. 5º — Para aspirar al premio universitario establecido por la Ordenanza del 16 de Marzo del presente año, se requiere:

1º Haber dictado un curso complementario del curso del profesor titular conforme al programa aceptado por la Facultad de Medicina, y que haya abarcado en su desarrollo un mínimum de 60 conferencias en el mismo año escolar.

2º Acreditar con los informes de la Secretaría que la asistencia médica á dichas conferencias ha sido de más de la mitad de los alumnos matriculados en la misma asignatura.

Art. 6º — Los profesores suplentes que hubiesen obtenido

el uso de los gabinetes, laboratorios, anfiteatros ó servicios clínicos de la Facultad, perderán dicha prerrogativa cuando la Secretaría justifique que los cursos dictados no son concurridos por la cuarta parte ó más del número de los alumnos matriculados en la misma asignatura del curso oficial.

J. R. Fernández.—Enrique E. del Arca.

Buenos Aires, julio 25 de 1895.

CONCURSO INTERNACIONAL DE BACTERIOLOGÍA

«PASTEUR»

El Círculo Médico Argentino, en homenaje á la memoria del ilustre sabio cuya muerte deplora la humanidad entera, y que fué su miembro honorario, resuelve:

Art. 1º Celebrar un concurso internacional de bacteriología que llevará su nombre, en septiembre de 1897.

Art. 2º Los trabajos que se presenten deberán ser investigaciones *originales é inéditas* de bacteriología, sea respecto de algún punto de técnica ó de etiología, profilaxia, diagnóstico y tratamiento bacteriológico de las enfermedades infecciosas del hombre ó de los animales, sea acerca de aplicaciones industriales de la microbiología.

Art. 3º Las memorias, piezas ó preparaciones, culturas, fotografías microscópicas, etc., etc., deberán ser remitidas, antes del 31 de mayo de 1897, al presidente del Círculo Médico Argentino, y en condiciones tales que, en manera alguna, pueda inferirse el nombre del autor. Llevarán un lema ó inscripción cualquiera que será fijado igualmente en un sobre cerrado y lacrado adjunto, conteniendo el nombre y domicilio del autor.

Las memorias pueden ser presentadas en idioma español ó francés.

Art. 4º Los premios consistirán en:

1º. 400 $ oro y el diploma en primer premio del concurso Pasteur.

2º. 200 $ oro y el diploma de segundo premio.

3º. Diploma de honor.

Art. 5º El jurado nacional se designará oportunamente por la asamblea del Círculo Médico Argentino á propuesta de la comisión directiva y se hará conocer públicamente el nombre de sus miembros. Su veredicto será comunicado al Círculo Médico antes del 15 de agosto.

Art. 6º El ejemplar de las memorias premiadas y las preparaciones ó piezas que las acompañen quedarán como propiedad de la asociación, sin que ello importe afectar en nada los derechos de propiedad literaria ó de privilegio industrial del autor.

Art. 7º Los trabajos no premiados podrán ser devueltos á sus autores y los sobres que á ellos correspondan, serán destruídos sin abrirlos.

Art. 8º La entrega de los premios se hará en sesión pública el 28 de septiembre de 1897.

Buenos Aires, Octubre 9 de 1895 - *Gregorio Araoz Alfaro*, presidente—*Lucio Gordillo*, *Aquiles Garaiso*, secretarios.

CRONICA

Guillermo C. Smith — † el 12 de Octubre — Rápida enfermedad se ha llevado prematuramente al distinguido estudiante de 5º año cuyo nombre encabeza estas líneas. Era practicante interno del Hospital de Clínicas, lo que es ya testimonio de suficiencia y laboriosidad; el respeto y profundo cariño de sus compañeros lo consagraban también inteligente y bondadoso.

El Círculo Médico de cuya Comisión Directiva era miembro y que por lo imprevisto de la muerte y la premura del entierro, no pudo asociarse públicamente á su duelo, deplora la pérdida del distinguido socio.

Universitas — Con este título ha aparecido una revista que se ocupa de asuntos universitarios con decisión y brio; á lo que vemos, no es propiamente una revista científica sino una hoja de combate.

Conformes con muchas de sus críticas que han sido formuladas ya por nosotros, no felicitamos de la aparición del colega si supiéramos quién lo dirige y lo redacta. Desgraciadamente guarda riguroso anónimo; ahora bien, cuando se desea hacer propaganda, es preciso mostrarse de frente. Es un consejo que nos atrevemos á darle.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 20

Anales del Círculo Médico Argentino

OCTUBRE 31 DE 1895

BACILO DE EBERTH Y BACILO COLI COMUNE

Por el Dr. Silvio Tatti (1)

Subdirector del Laboratorio Bacteriológico de la Asistencia Pública

Las comunicaciones hechas por Rodet y Roux, en 1889, sosteniendo que el bacilo Eberth, no es sino una variedad del bacterium coli, creada en el organismo tífico, dió origen á una serie numerosa de trabajos, que han contribuído en gran parte á procurar los conocimientos actuales sobre la biología y la morfología de ambos microorganismos.

Llaman la atención sobre las afecciones diversas que produce el coli en el hombre y sobre las propiedades piógenas de ambos microbios. Por otra parte, hacen notar que en los tíficos, se encuentra el bacilo de Eberth en la sangre del bazo; en cambio, en las materias fecales no se hallan bacilos tíficos, sino bacterium coli casi puro. Además, la mayor parte de los observadores están de acuerdo en cuanto á su rareza en éstas.

Otros autores haciendo experiencias comparativas entre los dos bacilos, reconocen que los efectos patógenos, producidos por ellos, son idénticos, siendo imposible con los métodos bacteriológicos actuales, distinguir al uno del otro. (Wurtz y Herman).

Se basan también sobre las alteraciones anátomo-patológicas, producidas por inoculación en los animales, las cuales son idénticas en ambos casos, fundándose en numerosas experiencias en chanchitos, inoculados en el peritoneo, los que morían con hipotermia.

(1) De su tesis inaugural «Bacteriología de la fiebre tifoidea.»

Las inyecciones subcutáneas producían hipertermia.

SANARELLI no acepta la identidad de las alteraciones anatómicas producidas por el bacilo tífico y por el bacilo coli; el primero de ellos, tiene una acción electiva para la mucosa intestinal, produciendo síntomas generales muy graves, no sucediendo lo mismo con el coli.

Pero la mayoría de los bacteriólogos han emprendido numerosas investigaciones, para llegar á establecer, si es posible, una diferencia fundamental entre ambos bacilos, hecho por el momento considerado como de solución difícil.

FORMACIÓN DE ÁLCALI Ó DE ÁCIDO—Hay datos contradictorios respecto á esta reacción. Algunos creen que el coli produce álcalis y otros ácidos.

LÓSENER cree que el coli da siempre álcali (amoníaco); al principio los dos bacilos acidifican el medio; esta producción de álcali ó de ácido en un medio nutritivo especial, produce siempre en un tiempo determinado una cantidad definida y la diferencia que existe entre distintos autores, es debida á que observan en momentos desiguales.

Sommaruga emplea para titular los productos ácidos, agua de carne con 5 % de glicerina. El coli produce más de 7 % de acidez; en cambio, el tífico menos de 3 %.

—DUNBAR establece dos caractéres diferenciales: 1º, el bacilo tífico crece muy bien en la leche, da poco ácido y no la coagula; el coli da mucho ácido y coagula, de 24 á 48 horas.

2º, el tífico no da gas en agua de carne, sin peptona, ni sal, á 37º c.: en cambio el coli da abundante gas.

He hecho esta reacción varias veces y me ha dado resultados inconstantes.

Según MALVOZ, la leche cultivada con coli, se coagula, después de tres días á 37º c.; el coágulo está lleno de surcos.—Reacción muy ácida.

WURTZ los distingue agregando al caldo ordinario 2 % de lactosa.

El bacilo coli da gas á las 12 hs., el que se reune en la superficie del líquido formando un gollete.

Se siembra tubos de agar, ligeramente alcalino, con 2 % de azúcar de leche y tintura de tornasol (10 gotas para 6 cc. de agar), hasta colorearlo de violeta claro.

Se cultiva en un tubo bacilo Eberth, en otro bacilo coli,

colocándolos á la estufa á 37° c.; á las 12 hs. la estría de siembra está azulada, no hay gas. La estría del coli tiene color rojo vivo, hay desarrollo de gas, que desprende el agar de la pared de las placas de Petri.

La solución de tornasol debe ser esterilizada á 100°, pues á mayor temperatura se destruyen sus propiedades colorantes. Puede prepararse también tubos con leche, esterilizados á 120° c. durante 30 minutos, á los que se añade la tintura de tornasol azul.

Otro medio diferencial lo constituyen las sustancias nutritivas coloreadas con fuchsina, ó bien con la solución de Nœggerath.

Se prepara las placas, como ya ha sido indicado anteriormente; el bacilo coli se desarrolla abundantemente. A las 24 horas á 36° c. las estrías de siembra tienen un ancho de cuatro á cinco mm., fuertemente coloreadas de rojo. Al segundo ó tercer día toda la placa está decolorada, salvo el punto sembrado. Puede explicarse este efecto á causa de que los bacilos toman la coloración, de los cuales es más difícil que pueda desprenderse.

El bacilo tífico también se desarrolla y decolora la placa, pero á los seis ú ocho días de la siembra. La manera de desarrollarse alrededor de la estría, es distinta de la del coli, pues la del tifo se desarrolla anchamente.

Chantemesse y Widal siembran bacilos Eberth, sobre un medio de cultivo que ya ha servido de nutrición al mismo microorganismo y cuya superficie ha sido raspada. El Eberth frescamente cultivado en esas condiciones, no se desarrolla. En cambio, si se hacen siembras con coli, éste se desarrolla, dato que puede servir de diferenciación

Filtran también con bugía Pasteur, culturas en caldo de bacilo Eberth, de dos meses á 37° c., y para asegurarse que no hay gérmenes, esterilizan á la estufa.

En caldo preparado en esa forma y al que se ha agregado 2 % de glucosa, se siembra bacilos de Eberth y coli. Este último se desarrolla enturbiándolo; en cambio, el tífico no crece.

—Wathelet cultiva líquido peptonizado, con bacilo recogido del bazo y bacilo coli, los deja cuatro días á la estufa 37° c. De estos cultivos siembra entonces en diez tubos de caldo, en cada uno de ellos tres eses de cultura tífica y una

sola de bacilo coli; se dejan á 37º c. y al cabo de 5, 10, 15, 20 y 25 días, hace placas en gelatina, desenvolviéndose exclusivamente coli bacilo.

Opera también en otra forma: á 10 cc. de cultivos en caldo de bacilo Eberth-Gaffky, con cuatro días á la estufa, agrega 1/2 cc. de cultura de bacilo coli; al cabo de cinco días las placas no dan sino colonias de coli bacilo, que hacen fermentar la lactosa y dan indol.

También ha visto que el caldo de cultivo de Eberth filtrado nutre muy bien al bacilo coli; en cambio el tífico muere rápidamente.

Experiencias semejantes ha practicado Grimbert mezclando Eberth y coli, en el agua, y encontrando siempre bacilo coli, sin trazas de Eberth.

Chantemesse y Widal y Perdrix cultivan en caldo con carbonato de cal y lactosa al 2 %. Con coli se desenvuelven pequeñas burbujas de anhidrido carbónico y se coagula la leche á las 24 horas.

—Los trabajos de Kitasato y otros, sobre la manera de obrar de los álcalis y los ácidos sobre el tifo y el coli, no están desprovistos de importancia.

El bacilo tífico muere en una solución de 1:13.000 de fornalina, mientras que el coli se desarrólla aún al 1:4000.

Schild propone inocular la materia sospechosa en un caldo con fornalina al 1:7000. Si éste, después de varios días, queda transparente, es probablemente bacilo tífico.

No existe tampoco diferencia entre ambos bacilos, en cuanto á la formación de hidrógeno sulfurado, de anhidrido carbónico y con respecto á su crecimiento en temperaturas altas y bajas.

Dubief sostiene en contra de Chantemesse y Widal que el bacilo Eberth hace fermentar la glucosa; que la cantidad de ácido producida por cualquiera de ellos, así como la coagulación de la leche, no constituyen signos diferenciales.

Chantemesse y Widal rechazan la afirmación de Dubief, diciendo que el bacilo tífico no produce fermentación láctica ni alcohóliea, pues la leche no se coagula tampoco á los dos ó tres meses de sembrada.

Roux, Rodet y Vallet, estudiando comparativamente los dos bacilos, no han podido encontrar una diferencia neta y específica; sostienen que los caracteres morfológicos del coli

se hacen Eberthiformes en culturas sucesivas y bajo la influencia del envejecimiento y por la acción del calor á 80º c.

Estas conclusiones las discuten CHANTEMESSE y WIDAL, pues haciendo experiencias por la acción del envejecimiento sobre los cultivos, así como por la influencia de los antisépticos; por el calor suave ó elevado, no han podido conseguir la transformación del bacterium coli en el bacilo Eberth. En cambio, en cualquier caso, después de calentar por repetidas veces á 59º c. cultivos de coli, han fermentado siempre los azúcares.

Usan la técnica siguiente: se echan en caldo ordinario con 2 % de lactosa, 1 ó 2 cc. de carbonato de cal esterilizado (creta pulverizada); se siembran con coli y con Eberth y se colocan á la estufa; el primero hace fermentar la lactosa, la sacarosa, la glucosa, produciendo hidrógeno y ácido carbónico. El bacilo tífico no produce nada.

Se ve, pues, á pesar de tan numerosas experiencias, que las conclusiones son muy variables, pues tan pronto acuerdan á uno ó á otro, tal ó cual propiedad.

Veremos más adelante un dato de gran importancia, que tiende á establecer por ensayos de seroterapia, que los dos microbios son distintos.

ROUX aplicó el método que usa Pfeiffer, para reconocer los bacilos del cólera. En efecto, un animal bien vacunado contra éste, muere si se le inocula un vibrión de otra clase ó bien si el vibrión es de cólera, éste degenera y se transforma en granulaciones redondas y se destruye en el peritoneo de un animal vacuno.

Este método lo aplica ROUX al tifo, tomando suero de un animal vacunado al que mezcla cualquier otro bacilo, lo inyecta en el peritoneo y constata, haciendo después una pesca, si el microbio pulula ó si degenera; en este caso es tifo. Sin embargo, no atribuye á este método la importancia que le acuerda Pfeiffer. Löffler ha trabajado tambien en ese sentido, comparando el bacilo Eberth y el bacilo coli, llegando á establecer una diferencia completa entre los dos bacilos.

BLACHSTEIN ha hecho experiencias de diferenciación entre el tífico y el coli, por el poder fermentativo distinto. Ha encontrado que el tífico da nacimiento al ácido paraláctico

levógiro, mientras que el coli, da ácido paraláctico destrógiro.

BRIEGER dice que el bacilo Eberth alcaliniza, mientras que PETRUSCHKY acepta que acidifica.

CHANTEMESSE pone en duda la reacción del indol con ácido nitroso, en cultivo de coli de 24 horas indicada por Kitasato.

CESARIS, DEMEL y ORLANDI encontraron que los productos bioquímicos de los dos microorganismos, son equivalentes.

PERÉ cree que las divergencias que existen en cuanto á las reacciones ácidas ó alcalinas, pueden explicarse porque los caldos ó líquidos peptonizados contienen sustancias variables, como ser: glicógeno, glucosa y ácido láctico.

LESAGE y MACAIGNE han encontrado después de diversas experiencias, que el bacilo coli, no es patógeno ni virulento en el estado normal, pero ésta aumenta cuando hay diarrea. No prueban esto sin embargo de un modo definitivo.

SANARELLI dice: que á poder tóxico igual las toxinas del bacilo Eberth, ejercen sobre las mucosas una acción mucho más enérgica y más grave que las toxinas del bacilo coli: estos dos microbios son dos variedades distintas.

—Como se ve, hay gran dificultad, en establecer una diferencia bien clara, entre el bacilo Eberth y el bacilo coli comune.

Por otra parte, estos microorganismos son muy sensibles, á diversas influencias, que modifican sus propiedades ó caracteres morfológicos, así: los cambios en la temperatura; la accion más ó menos viva de la luz; de la sequedad y la preponderancia de determinados agentes físicos ó químicos, pueden llegar á impedir poder establecer una diferenciación precisa entre estos dos bacterios.

De consiguiente, los caracteres basados sobre la formación de ácidos, ó sobre la constitución de éstos, sobre el olor de las culturas, etc., que podrían caracterizar un microorganismo determinado, no bastan en ciertos casos, para clasificarlos.

Podríamos pues, exclamar, como dice CHARRIN, que para los infinitamente pequeños, como para los seres elevados, existe entre la plena vitalidad y la muerte toda una gama, toda una serie de intermediarios.

Investigaciones experimentales en los animales

Las lesiones producidas experimentalmente son variables, ya sea que la inoculación se practique por las vías subcutáneas, intraperitoneal ó venosa.

Administrado por las vías digestivas en pequeñas dosis ó inoculado en la cavidad peritoneal, mata á los animales en un plazo muy irregular, oscilando en relación á su virulencia y determinando lesiones diversas y distintas.

Las lesiones más importantes son: la tumefacción del bazo, la congestión del intestino delgado y de la serosa peritoneal, derrame sero-sanguinolento cuando la inyección se ha hecho en esta cavidad; hay además pseudomembranas fibrinosas que adhieren entre sí las ansas intestinales; tumefacción de las placas de Peyer que están vascularizadas, equimóticas y á veces ulceradas.

El intestino delgado se encuentra lleno de materias fecales líquidas.

La muerte se produce de 8 á 24 horas,—cuando la infección asume un carácter agudo; en caso contrario mueren por caquexia.

La temperatura sube generalmente hasta 1 á 2 horas después de la inoculación, para bajar en seguida rápidamente hasta la muerte.

Boix inoculando 2 á 3 cc. de cultivo en caldo de 24 horas ha conseguido producir, en numerosos conejos muertos de 15 á 55 días, un descenso en la temperatura de varios grados.

Como se ve, el cuadro que presenta la inoculación con cultivos de bacilo coli comune, recuerda en casi todas sus partes á las lesiones descritas para la infección tífica.

Escherich, ha encontrado que de los animales inoculados experimentalmente, algunos mueren con accidentes diarréicos y otros con síntomas comatosos.

Los cultivos de bacilo coli, extraídos de las materias fecales de que ya he dado cuenta, me han servido para efectuar algunas experimentaciones en los animales.

Chanchito - 230 gramos—Julio 13.

De cultivo en agar en estría 23 horas, á 37º c. se hace una inoculación subcutánea. Se disuelven 5 eses de cultivo

puro de agar en 2 cc. de agua esterilizada. Cada ese de platino carga, después de pesadas cuidadosas, 0 gr. 0051 de cultivo puro, la proporción se hizo por cada 100 gramos de peso—0 gr. 01—de consiguiente en el chanchito de 230 gramos=0 gr. 023. Temperatura 38º c. á las 5 p. m.

Julio 14—Temperatura á las 11 a. m., 37º c. Peso 210 gramos. Muere entre 11 y 12 a. m., es decir, á las 18 horas después de la inoculación.
» 17—A las 3 p. m. autopsia.

Abierto el punto donde se practicó la inoculación, se encuentra un poco de edema, que por la presión da salida á un poco de líquido, pescado con una ese de platino y coloreado; se ven numerosos bacilos cortos y gruesos y diplobacilos en cultivo puro.

Abierto el abdómen, hay pequeña cantidad de líquido, se lavan los intestinos con líquido peptonizado y se colorea, no hallándose ningún microorganismo.

Hígado.—Cápsula lisa y brillante—al corte nada de particular.

Riñones normales. Vejiga y uréteres dilatados y llenos de orina.

Estómago, normal. Intestino, grueso, algo congestionado, con materias pastosas, algunos folículos hipertrofiados.

—Intestino delgado, hiperemiado con materias líquidas, placas de Peyer hipertrofiadas.

Con el líquido con que se lavó el peritoneo se inoculó otro chanchito—con 1 cc.—Inyección subcutánea á las 5 p. m.

Julio	16—	Temperatura	38º;	peso	240	gramos.	
»	17—A	las	11,	temperatura	35º5		
		»	4,	»	36º	peso	230 gramos.
»	18—	»	11,	»	37º	»	230 »
»	19—	»	4,	»	38º	»	240 »

Estuvo dos días acurrucado y con el pelo erizado.

Con el líquido del punto de inoculación, se hacen nuevos cultivos en líquido peptonizado, agar, gelatina en placas y una vez observados los demás caracteres del colibacilo, se hace una inoculación.

Julio 17—A las 3 p. m.—Chanchito, peso 520 gramos; temperatura 38º c., tomada antes de la inyección. Inoculación subcutánea con cultivo en agar de 48 horas á 37º c. disuelto en agua destilada. Dosis, 0 gr. 027 de cultivo puro, 0 gr. 005 por 100 gramos de peso.

» 17—Temperatura á las 7 p. m. 40º c.

» 18—Muere á las 8 a. m., es decir, á las 17 horas.

Autopsia.—En el punto de inoculación hay poco edema, no se consigue colorear bacilos.

Abdomen.—Pequeñas falsas membranas que adhieren los intestinos, poco líquido, se colorea y se ven bacilos cortos y gruesos.

Hígado.—Los acini llenos de sangre, aspecto piqueté rojo (tumefacción turbia).

Riñones y bazo.- Muy congestionados.

Vejiga.—Muy dilatada, así como los ureteres. Orina lechosa, con pequeños grumos en suspensión.

Intestino delgado.—Congestionado. Lleno de materias líquidas Infarto de las placas de Peyer.

Intestino grueso.—Congestionado. Materias formadas.

Chanchito núm. 3, peso 500 gramos. 19/7; temperatura 37º8.

Inoculación subcutánea con coli, cultivo de agar de 48 horas disuelto en agua destilada.

Dosis por 100 gramos de peso 0 gr. 0025 en los 500 gramos=0 gr. 0125 es la mitad de la cantidad inoculada al otro chanchito.

19/7	Temp.	á las	3=37º8 ;	eso 500 gr.				
20/7—	»	»	10=36º					
20/7 –	»	»	4=36º	peso 490 gr.	Peq.	edema	no	doloroso
21/7—	»	»	4=37º	» 490 gr.	»	»	»	
22/7 –	»	»	4=38º	» 500 gr.	»	»	»	
23/7—	»	»	3=38º	» 520 gr.	El animal ha escapado á la infección.			

De manera que la dosis mínima mortal, se encuentra 0 gr. 005 por cada 100 gramos de peso del animal y 0 gr. 0025, es decir, 0 gr. 003.

CASA DE EXPÓSITOS

Efectos terapéuticos de la antitoxina en la difteria

Por el Dr. Ildefonso A. Ballestero (1)

La acción terapéutica del suero es innegable. Ahora bien, es necesario hacer una distinción de los casos sobre los cuales ejerce una acción segura y aquellos otros en que su influencia no se manifiesta siempre de un modo evidente.

En la primer categoría podemos colocar las anginas diftéricas que no presentan complicación alguna, las difterias hipertóxicas, las difterias gangrenosas, asociando en este caso á las inyecciones el tratamiento local de la gangrena.

En la segunda categoría podemos colocar los crups diftéricos *d'emblée*, los casos complicados con bronco-neumonías de cualquier naturaleza, nefritis infecciosas y por último los casos de difteria polimicrobiana.

Entrando á considerar una por una estas distintas modalidades de la difteria y teniendo en cuenta nuestras observaciones, podemos decir:

Que en las anginas diftéricas puras el suero tiene una acción curativa bien manifiesta; de los *trece* casos de esta naturaleza, por nosotros tratados, sólo hemos visto sobrevenir la muerte en dos de ellos: el primero de estos casos se refiere á la observación núm. 21, en el cual la autopsia nos revela la presencia de una pleuresia diafragmática del lado derecho, de un enfisema subcutáneo generalizado, que como fácilmente se comprende, fué seguido en toda su evolución durante la vida del enfermo, enfisema debido á la penetración del aire á través de un abceso retrofaringeo, de gangrena de la laringe y finalmente los caracteres distintivos de ciertos órganos, en presencia de una intensa infección. En el segundo caso,—observación núm. 34, -la autopsia nos revela los

(1) De su tesis inaugural: «El suero antidiftérico en la Casa de Expósitos».

signos propios de una agudísima infección á más de los exsudados ya observados en vida del enfermo.

La cifra de mortalidad asciende, pues, en esta serie á 15.38 por ciento.

En *siete* casos, en los cuales á más de las anginas hay en unos rinitis y en otros gangrenas, hemos tenido tres muertes (observaciones núms. 1, 22 y 27).

La autopsia del núm. 1 nos revela la presencia, del lado del cerebro, de edema, especialmente en los ventrículos; en los pulmones: congestión total del lóbulo inferior del pulmón izquierdo; en la laringe y la tráquea: nada de anormal; en el corazón: aumento de volumen; en el pericardio: derrame seroso; en los riñones: congestión.

Puestas de manifiesto estas lesiones por la autopsia, puede notarse claramente que fué el edema cerebral la causa inmediata de la muerte.

En la observación núm. 22 encontramos la causa de la muerte en la intensidad de la infección; la autopsia nos revela lesiones características en las vísceras.

En la observación núm. 27 la autopsia da el siguiente resultado: congestión cerebral; gangrena de la boca; ulceraciones gangrenosas inguino-vulvares; difteria faringea y rinitis diftérica.

La gangrena no presentaba lesiones tan extensas que pudiesen haber sido causa de la muerte. Las lesiones diftéricas observadas no eran por sí solas causa suficiente para producirla.

Desde luego, queda la congestión cerebral, que era muy intensa, como causa inmediata de la muerte. La observación clínica del caso también coadyuva en favor de esta última conclusión.

Tan sólo un caso debemos considerar como muerte ocasionada por la intoxicación diftérica, lo que nos arroja una cifra de mortalidad de 14.28 por ciento.

Si á estas dos series agregamos un caso de conjuntivitis diftérica y purulenta á la vez (observación núm. 32), caso en el cual vemos desaparecer las falsas membranas de las conjuntivas á los *diez* y *siete* días de hecha la primera inyección, nuestra estadística disminuye aún, siendo de 14.28 por ciento. La conjuntivitis purulenta aguda que acompañaba á ésta, dió cuenta de los ojos del desgraciado enfermito, perdiendo el

primero á los *tres* días de entrar al servicio de diftéricos y el segundo á los *nueve*.

Pasando á considerar los casos de crup, vemos que de los *diez* casos tratados hemos tenido seis muertes y cuatro altas; las muertes corresponden á las observaciones núms. 4, 10, 14, 15, 19 y 35.

En la observación núm. 4, vemos que el enfermo permaneció en el servicio tan sólo veinticuatro horas, habiéndosele inyectado 0.20 c. c. de suero; á pesar de ello, murió.

La autopsia nos reveló la presencia de seudo-membranas en la garganta, laringe y tráquea; congestión de los pulmones y de los riñones; derrame en el pericardio; hígado y bazo grandes. La muerte en este caso es indudablemente debida al crup diftérico, asociado para ejercer su acción mortífera, á la agudísima infección que había hecho presa del organismo.

En la observación núm. 10, vemos que el enfermo permanece apenas 10 horas en el servicio y que, á pesar de habérsele inyectado 0.30 c. c. de suero en tan corto lapso de tiempo, no experimenta modificación alguna, acentuándose por el contrario más y más los síntomas del crup, á término de que llega á contar una víctima más en su oscura estadística.

La autopsia practicada al día siguiente nos pone de manifiesto las siguientes lesiones: anchas y gruesas membranas tapizando las paredes de las fauces, cubriendo totalmente las amígdalas, el velo del paladar, la epiglotis y parte superior de la laringe; rinitis; pulmones congestionados; bazo é hígado aumentados de volúmen; congestión de los riñones y por último ligera inyección de las vasos venosos del cerebro y las meningeas. También en este caso son el crup y la grande infección del organismo las causas productoras de la muerte.

En la observación núm. 14, la enferma se presenta al servicio con todos los síntomas del crup, con un exsudado que cubre toda su garganta, ligero infarto ganglionar del cuello y una bronco-neumonía doble. Se le inyectan 0.20 c. c. de suero, no ejerciendo acción alguna, y presentando por el contrario al día siguiente mucho más espesor sus exudados. Muere, no habiendo permanecido en el servicio sino 24 horas. Hecha la autopsia, se encuentra en su laringe espesas seudo-membranas, más delgadas en las fauces; hígado y bazo

aumentados de volumen; pulmones con focos de bronco-neumonía, aunque poco extensos, y riñones congestionados.

Tres factores han contribuído en este caso, para producir su muerte; crup al cual atribuimos la mayor parte; la grande infección y por último la bronco-neumonía morbillosa. Una vez más se muestra impotente el suero frente á los casos de crup.

En la observación núm. 15, la autopsia nos muestra exsudados en la laringe; gastritis; un exudado que cubre casi por completo la cara interna del intestino grueso, presentando en los puntos en que aquél no existe grandes ulceraciones, clasificando estas lesiones de disentéricas; bazo, hígado y corazón aumentados de volumen, congestión cerebral.

No obstante haberse encontrado exsudados en la laringe, son tan poco extensos y tan delgados que no pueden haber producido la muerte por dificultades en la respiración; las lesiones disentéricas son muy intensas ciertamente, pero no producen en ningún caso una muerte tan rápida acompañada de los síntomas en la historia indicados, todos ellos correspondientes á una congestión cerebral que la autopsia nos ha comprobado.

En la observación núm. 19, encontramos en la autopsia que la laringe y tráquea están cubiertas por espesas y extensas falsas membranas, así como la garganta; que los pulmones están algo congestionados, lo mismo que en los riñones y en el bazo é hígado hay aumento de volumen. Se deduce fácilmente de esto, que fué el crup la causa inmediata de la muerte.

En la observación núm. 35, la autopsia da el siguiente resultado: laringe y tráquea cubiertos por exsudados espesos; bronco-neumonía doble; bazo é hígado aumentados de volumen.

El tubaje de la laringe que se practicó durante tres horas, hizo más clara la respiración, desapareciendo en gran parte los síntomas de estenosis laringea; pero sometido el niño á la influencia de la bronco-neumonía que avanzaba, no pudo resistir y murió á las pocas horas de haberse practicado la intubación de la laringe, vencido por la intoxicación asfíxica. La causa inmediata de la muerte fué pues la bronco-neumonía. Teniendo en cuenta la marcha de estos enfermos y las autopsias practicadas, vemos que en diez casos de

crup tratados, sólo podemos atribuir á esta afección cuatro muertes, lo que arroja una cifra de mortalidad de 40 por ciento.

Entrando á considerar los casos complicados después de la inyección con nefritis infecciosas y bronco-neumonías tenemos que de los dos casos tratados muere uno. El caso de muerte se refiere á la observación número 37, en cuya autopsia encontramos lo siguiente:—Bronco neumonía doble; pleuresía purulenta, lado derecho; pericarditis fibrinosa sínfisis del pericardio; miocarditis y esclerosis hepática.

Habiendo desaparecido las falsas membranas y el infarto del cuello, queda claramente expuesta la causa de la muerte resulta pues que el enfermo no muere por su difteria.

Considerando la observación núm. 13, que se refiere á un niño de 2 años y 9 meses de edad, enfermo de difteria poli-microbiana, vemos que la inyección de suero asociada á los lavatorios de ácido bórico nos da el más espléndido resultado, curando el niño á los *once* días de hecha la inyección.

Resumiendo lo expuesto, tenemos: que de los treinta y cuatro casos en que se comprueba la difteria por el examen bacteriológico, sólo hemos tenido una mortalidad de 20.58 %, muy inferior por cierto á la de 45.76 %; cifra de mortalidad que nos dan por año, los diferentes tratamientos de que se disponía, antes del empleo del suero.

Descomponiendo esta cifra en: 24 anginas diftéricas y 10 casos de crup, tenemos para las primeras una mortalidad de 15 % y para los segundos de 40 %, cifras muy inferiores á 35 y 68.42 %, que nos dan los antiguos tratamientos.

Dosis. Nada más difícil que determinar á ciencia cierta la dosis de suero que debe inyectarse en los distintos casos de difteria. Por esta razón, que es fundamental, hemos tenido por norma de conducta hacer una inyección de 0.20 c. c. en el primer momento, inyectándose mayor cantidad en los días subsiguientes si el caso lo requería; las indicaciones á las cuales nos sujetábamos serán expuestas más adelante.

Manual operatorio de las inyecciones—Indicaciones—Contra indicaciones

Elegida la jeringa de Roux por su cómodo manejo, así como por su fácil desinfección, se procedía á lavar prolijamente y con una rigurosísima antisepsia la región en la

cual debia practicarse la inyección, siendo sitios de elección las regiones glútea, inter-escapular y los flancos.

Sacado el aire de la jeringa ayudándonos para esto con el émbolo de la misma, se absorbía el suero del frasco que lo contenía por intermedio de la aguja y tubo de cautchouc que la completan.

Así preparada y cargada, se introducía profundamente en los tejidos la aguja de la jeringa inyectándose suavemente el suero.

Extraída la aguja se colocaba en el sitio de la inyección, comprendiendo la herida hecha por la misma, un poco de algodón aséptico, haciendo por medio de un vendaje una lijera compresión, á fin de facilitar la rápida absorción del líquido inyectado.

Procediendo de esta manera hemos evitado hasta el presente las complicaciones que podrían resultar del uso de una aguja no aséptica y de una jeringa en la cual hubiera aire, que por descuido ó inhabilidad fuese introducido en los tejidos, produciendo abcesos ó enfisemas, que siempre es conveniente evitar.

— L. Martin, en su segunda conferencia dada en el «Instituto Pasteur», nos hace conocer un conjunto de reglas á las cuales se sujeta y que aconseja Roux para el uso de la antitoxina y sus dosis.

Nos permitimos enumerarlas, son las siguientes:

«1º - *El pulso*, suministra los datos más importantes; sus oscilaciones son más considerables que las de la temperatura.

2º—*La respiración*, que proporciona sobre todo datos del estado de los pulmones, principalmente en el crup.

3º—La investigación de la *albúmina*, que tendrá por objeto verificar el estado de intoxicación de la economía.

4º—Los datos suministrados por el *estado local* son menos importantes por la simple inspección, que por el examen bacteriológico. Este último hará conocer si la difteria es pura ó asociada, lo que es esencial.»

«El profesor Heubner, en el congreso de Buda Pesth nos da por su parte á conocer las indicaciones á que se sujeta y aconseja igualmente para el uso de la antitoxina y sus dosis el profesor Behring. Llega hasta indicar la inyección de 0.01 c. c. á los niños que en una sala de hospital, un colegio,

ó en cualquier sitio de reunión se hubiesen encontrado en contacto con enfermos de difteria.

Aconseja esta conducta basándose en experiencias que le prueban la inocuidad de la anti-toxina á esa dósis y en el hecho de no haber visto producirse ningún caso de difteria, en niños que encontrándose en las condiciones antes dichas, han sido inmunizados, según su propia expresión.

Considerando por orden estas distintas reglas y teniendo en cuenta lo que la observación de los diferentes casos nos ha sujerido, diremos:

1º—Que no hemos podido utilizar el pulso como guía para hacer las inyecciones debido á que no se nos han presentado dos casos iguales. En uno el pulso era acelerado y tenso, en otros acelerado y débil, en unos irregular y de fuerte tensión y en otros irregular y de muy débil tensión; en suma la mayor variabilidad á punto de tener que renunciar á él como ajente indicador de la inyección, limitándonos á hacer su observación y su trazado correspondiente á fin de tener un cuadro completo de la marcha del mismo, con relación á la de la respiración y temperatura.

2º—En cuanto á la respiración, es cierto que nos ofrece muchos datos respecto al estado de los pulmones en los casos complicados con otras afecciones pulmonares y principalmente en los enfermos de crup. En este último caso la respiración puede servirnos de guía para hacer las inyecciones mucho más que el estado local de la garganta, pues sucede muy á menudo que el enfermo se nos presenta atacado de crup sin lesión alguna visible á la simple inspección de esta región.

3º—En cuanto á la albúmina diremos que en un sin número de casos no se encuentra en la orina, á pesar de tener que habérnoslas con difterias hipertóxicas. Si en estos casos no la encontramos, no es de extrañar que no se presente en la orina en casos más benignos que aquellos. En estas condiciones ¿puede servirnos de guía la presencia de albúmina en las orinas y su relativa cantidad, para hacer una inyección, y determinar según aquella, la mayor ó menor dosis á inyectar? Indudablemente que no. En las diferentes observaciones que más adelante presentamos se verá claramente la veracidad de lo que acabamos de decir.

4º—Indudablemente, la simple inspección del estado local

no bastaría como guía para hacer una inyección, pero es un dato que en ningún caso debemos relegar á segundo lugar. Cuántas veces tres y cuatro exámenes bacteriológicos de los exsudados nos niegan la existencia de la difteria y un quinto exámen viene recien á dar la razón al diagnóstico clínico! Es cierto, es indiscutible, que la comprobación de la difteria, diagnosticada clínicamente, por medio del examen bacteriológico, es un nuevo elemento sumamente importante que autoriza por completo el uso de la antitoxina.

El examen bacteriológico, se dice, nos indica si la difteria es pura ó asociada, lo que es esencial, y es esencial porque es deber del médico saber si debe hacer uso sencillamente de la antitoxina ó si debe asociar á este medio, el tratamiento local.

Apesar de esta regla, el mismo Roux aconseja hacer la inyección á casos de difteria diagnosticados clinicamente á fin de no perder tiempo, pues la observación enseña, *que cuanto más al comienzo de la enfermedad se haga la inyección más pronto se harán sentir sus benéficos efectos y mucho menor será el número de casos complicados.*

Si más tarde el examen bacteriológico nos niega la existencia de la difteria, nada se pierde, pues es sabido que la inyección no produce consecuencias que hagan peligroso su uso.

Si por el contrario viene á comprobar su existencia, tenemos mucho camino adelantado, pues es muy posible que la inyección haya arrancado á la difteria una de sus numerosas víctimas; también nos enseñará que debemos continuar su uso, si el caso lo requiere.

En cuanto á la combinación del tratamiento en los casos de difteria polimicrobiana ¿no es preferible hacer uso desde el primer momento de ambos tratamientos, que esperar veinte y cuatro horas, tiempo menor en que es posible obtener cultivos de los diferentes microbios que acompañan al bacilo de Löffler? La respuesta se impone, y es precisamente ésta la norma de conducta que nos hemos impuesto en la «Casa de Expósitos» donde desde el primer momento, acompañamos á la inyección con lavatorios antisépticos de la garganta, boca y nariz. Hemos usado de preferencia el ácido bórico al 4 %.

Nada podemos decir respecto á la inmunidad, que según los autores, confiere la antitoxina; solamente podemos citar dos casos de segunda infección de difteria: al primero, Adela, ex-

pósita núm. 1813, de 3 años y 8 meses de edad, se le inyectan durante la primera enfermedad 0.30 c. c. de suero. Cura de su difteria. A los noventa y cuatro días, vuelve enferma de difteria, sometiéndosele al mismo tratamiento y sanando nuevamente.

El segundo caso, Juan, expósito núm. 3833, de 3 años y 3 meses de edad, recibe en la primera enfermedad 0.40 c. c. de suero; sale de alta. A los 5 días vuelve enfermo de crup y sometido al tratamiento común, sale de alta.

Estas observaciones nos indican que la inmunidad conferida por el suero, si efectivamente existe, es de muy corta duración; respecto á ella nada dicen los autores.

Como podrá verse en las historias clínicas adjuntas, varios son los casos en que hemos visto que la tuberculosis es acelerada en su evolución después de las inyecciones de suero. Es la única contraindicación que nos parece puede presentarse al uso de la antitoxina, dada nuestra limitada observación. Veremos si mayor número de observaciones vienen á confirmar esta creencia.

Conclusiones —La opinión que hemos podido formarnos, después de un estudio detallado de todo cuanto dejamos expuesto, es: que el tratamiento de la difteria por medio de la antitoxina, es el mejor de los tratamientos hasta ahora conocidos. Las cifras de mortalidad son bien elocuentes y creemos firmemente que á no haber sido niños expósitos los sometidos á él, los resultados obtenidos serian muchos más satisfactorios, pues es bien sabido lo que es un expósito; ello nos evita abundar en mayores detalles.

Las objeciones hechas á este tratamiento no se sostendrán mucho tiempo; se cuentan por días los beneficios de él obtenidos y los pocos efectos debidos á las inyecciones, desaparecen si los comparamos con la magnitud de aquellos.

Las erupciones de la piel, que son pasajeras; las altralgias sin mayores consecuencias; las reacciones febriles pocas veces observadas; las pequeñas modificaciones del pulso y de

la respiración; las albuminurias inestables; los vómitos raros y las escasas diarreas; los enfisemas localizados al sitio de las inyecciones, que con poca habilidad se evitan; los pequeños abcesos á que á veces dan lugar, consecuencia de la cual no deberíamos hablar en el momento en el cual la asepsia y antisepsia dominan el vasto campo de la cirugía moderna, no son ciertamente vallas puestas al médico para que olvide que ¿el suero antidiftérico es una gran arma puesta en sus manos en contra de tan terrible flajelo.

La generalización de la práctica de las inyecciones, no tardará en convencernos más aún de la razón de estas afirmaciones.

ANESTESIA GENERAL POR EL BROMURO DE ETILO (1)

Por el Dr. Julio Paz

Ex-interno del Hospital de Clínicas

La acción anestésica del bromuro de etilo, es conocida desde el año 1849 en que Nunneley de Leed, la experimentó en los animales (perros y gatos). En 1851, Robin estudia la acción de este mismo cuerpo en los pájaros y declara que debe ser colocado entre los mejores anestésicos por inspiración; catorce años más tarde, en 1865, Nunneley lo empleó por primera vez en el hombre y comunicó á la *British Medical Association* el resultado de sus estudios; lo había usado en todas las operaciones de los oídos y ojos.

Estos trabajos llamaron poco la atención hasta que en 1870, Rabuteau en una comunicación hecha á la Sociedad de Biología y á la Academia de Ciencias, declara que el bromuro de etilo, tiene propiedades anestésicas tan poderosas como el éter.

En 1876, Vutzeis publicó un corto trabajo sobre este cuerpo, pero no tuvo eco.

En 1879, Laurence Turnbull de Filadelfia lo experimentó en animales primero, después en sí mismo y por fin en sus enfer-

(1) Capítulo de la tésis inaugural «Vegetaciones adenoideas».

mos. El resultado de sus experiencias, que comunicó á la *British Medical Association*, lo lleva entre otras conclusiones á lo siguiente: 1º El bromuro de etilo usado con prudencia, es inofensivo para el hombre y para los animales. 2º Es de acción más rápida que los otros anestésicos y se elimina con más prontitud. 3º Usado á dosis moderada, no modifica ni la circulación, ni la respiración. 4º Los vómitos son menos frecuentes que cuando se emplea el cloroformo. 5º No tiene acción irritante sobre la piel ni es inflamable.

Lewis, también de Filadelfia, publicó el mismo año un trabajo en que llega á conclusiones muy semejantes á las de Turnbull.

Terrillon en 1880, estudió el bromuro de etilo como anestésico local; al año siguiente, conociendo los trabajos hechos por los médicos americanos, no trepidó en usarlo como anestésico general en el hombre y en un caso la narcosis se mantuvo durante una hora sin perjuicio para el enfermo.

Pinard y Levert emplean el bromuro en Obstetricia en 1880 y le reconocen grandes ventajas.

Después de esta fecha, se han publicado numerosos trabajos debidos principalmente á los dentistas, que necesitaban de un anestésico de acción rápida y de corta duración.

Hoy su uso es muy general en las operaciones cortas y dolorosas.

Acción fisiológica — El bromuro de etilo usado en inhalaciones, produce anestesia al cabo de un minuto, minuto y medio ó dos minutos, rara vez en más tiempo. Esto último se observa sobre todo en los alcohólicos en quienes se puede usar grandes dosis sin conseguir la anestesia.

En la narcosis por el bromuro de etilo, se observa dos períodos: en el primero, hay pérdida de la sensibilidad, en el segundo, pérdida del conocimiento.

Debido al orden en que se presentan estos dos períodos, es decir, el de anestesia antes que el de pérdida del conocimiento, es que muchos enfermos asisten, por decirlo así, á las operaciones que en ellos se practica sin sentir el menor dolor.

El periodo de excitación que se presenta durante la cloroformización, falta por lo general cuando se emplea el bromuro de etilo; á veces sin embargo, se observa sueño y alucinaciones.

La pupila está generalmente dilatada durante la narcosis; rara vez hay contracción.

La mayor parte de los enfermos que he examinado durante la anestesia, presentaban contracturas musculares seguidas de relajación al cabo de cierto tiempo.

La contractura es casi constante en los maséteros, hecho que he podido notar porque en la mayor parte de mis observaciones, se trataba de enfermos anestesiados para practicarles operaciones en la garganta ó en el fárinx nasal.

La acción de este anestésico sobre el corazón, es nula ó muy poco sensible; la mayoría de los autores creen que no obra sobre las fibras musculares cardíacas.

No sucede lo mismo con los vasos; los capilares se dilatan y como consecuencia hay tendencia á las congestiones viscerales. Esta particularidad permite usar el bromuro en la posición de sentado, lo que no puede hacerse con el cloroformo á causa de los síncopes que tan á menudo se producen.

La presión sanguínea está poco alterada; el hémato-dinamómetro demuestra que siempre es bastante para que la hematosis pueda hacerse con regularidad, aún en los casos en que se haya usado dosis enormes.

El pulso está generalmente acelerado; pocas veces hay lentitud.

La respiración es algo modificada por el bromuro de etilo: en el primer momento, hay aceleración de los movimientos respiratorios, aceleración que muy poco después es reemplazada por respiración de ritmo normal. Algunas veces, después de las primeras inhalaciones, los movimientos respiratorios se detienen, pero nunca ha sido necesario recurrir á medios artificiales para restablecerlos.

Si se ha usado dosis tóxicas, la respiración se detiene siempre antes que la circulación.

El bromuro de etilo se elimina en su mayor parte por la mucosa respiratoria, comunicando al aliento un olor aliaceo muy fuerte, debido seguramente á la oxidación de este cuerpo en el organismo.

Nunca hay vómitos durante la narcósis por el bromuro de etilo: se les observa con alguna frecuencia después que ha pasado la anestesia, sobre todo si el enfermo ha comido pocos momentos antes ó ha tragado algo de sangre durante la operación. Vómitos tardíos, se producen rarísimamente.

En las orinas, no se encuentra ni albúmina ni glucosa, como sucede á veces después de las inhalaciones del cloroformo.

Indicaciones.—El bromuro de etilo es usado en cirugía general y en cirugía especial. En la primera se le ha empleado en múltiples operaciones, algunas de las cuales han durado más de una hora; en estos casos, es preferible usar el cloroformo y reservar el bromuro de etilo para las operaciones de corta duración.

Los especialistas lo emplean con frecuencia. Los parteros lo usan con resultados diversos; mientras unos le reconocen grandes ventajas, otros le niegan hasta su acción analgésica; los oculistas aprovechan con frecuencia de sus propiedades anestésicas; en laringología, otología y rinología, su uso es muy corriente: los pólipos de la caja, las amígdalas y las vegetaciones adenoideas, son extirpadas aprovechando de la anestesia bromhídrica.

Yo creo que el bromuro de etilo, está indicado cuando se trata de practicar una operación corta y dolorosa.

Las únicas contraindicaciones del bromuro de etilo son alteraciones del corazón y enfermedades del aparato respiratorio.

El corazón, que al estado normal no es influenciado por el bromuro, sufre fácilmente su acción cuando está enfermo. Este mismo cuerpo que por su descomposición da lugar á la formacion de sustancias irritantes para la mucosa repiratoria, debe ser usado con prudencia en los enfermos que presenten alguna afección de este aparato. En un caso de muerte á consecuencia de inhalaciones de bromuro de etilo, se encontró á la autopsia, además de un corazón enfermo, pulmones afectados de tuberculosis.

Modo de usarlo. —Al contrario de lo que sucede con el cloroformo, el bromuro de etilo debo ser usado de golpe, á dosis relativamente grande, haciendo absorber al enfermo, en cada inspiración, la mayor cantidad posible de vapores; de este modo, se consigue una anestesia rápida, segura y sin peligros para el enfermo.

En el servicio del doctor Obejero, se procede de la manera siguiente: el enfermo que ha sido examinado con anticipación, está sentado (si es un niño, en las piernas de un asistente) con la cabeza levantada. Se usa una máscara de cloroformo

en la cual se vierte cinco, ocho ó diez gramos de bromuro, según la edad del enfermo.

Después de las primeras inhalaciones, la cara se congestiona las pupilas se dilatan y la córnea pierde su sensibilidad; éste es el momento oportuno para operar, porque si se continuan las inhalaciones, se produce la contractura muscular que á veces es difícil de vencer y que molesta mucho al operador.

Procediendo de este modo, siempre se ha obtenido la anestesia sin tener que mencionar ningún accidente.

Buenos Aires, Septiembre 30 de 1895.

NOTAS TERAPÉUTICAS, QUÍMICAS Y BACTERIOLÓGICAS

Por el Dr. **Susviela Guarch**

De la casa Demarchi, Parodi y Ca.

Infusiones de cloruro de sodio

Bajo la indicación de Feis y Schwalm, se preparan pastillas con un contenido cada una de tres gramos de cloruro de sodio, destinadas á preparar rápidamente una solución fisiológica para todos los casos de inyección subcutánea, como anemia aguda, etc. Las pastillas, así como el medio que las encierra, son previamente esterilizadas. Dos pastillas disueltas en un litro de agua cocida dan una infusión conveniente.

(*Therapeutische Monatshefte* Nº. 8, 1895.)

Sueros antidiftéricos de Behring, Roux y Aronson

COMPARACIÓN DE SUS FUERZAS Y DOSIS

Dice el Dr. Janowski, si comparamos los resultados de los experimentos descritos vemos que el suero de Roux y el suero de Behring núm. 1 son cuasi iguales en su fuerza. Encierran los dos cerca de 60 unidades de inmunidad — como se dice en Alemania — ó tienen ambos una acción hasta $\frac{1}{50,000}$ como lo expresarían Roux y sus discípulos.

El resultado obtenido en mis investigaciones me demuestra

suficientemente por que se usa en París, en cantidad, una dosis dos veces mayor que en Berlín. Un caso medio de difteria, exige al principio del tratamiento cien unidades de inmunidad.

En Berlín se aplican al enfermo en la forma de 10 cm3 de suero núm. II, por ser la fuerza del mismo = 100. La fuerza del suero francés, tiene de 50 á 60. Por consiguiente, para suministrar al enfermo mil unidades de inmunidad, deberá inoculársele el doble del suero, es decir, 20 cm3. Lo mismo sucede naturalmente con las dosis que hayan de aplicarse ulteriormente. Vemos, pues, como á pesar de aplicar los franceses y alemanes sueros diferentes, calculando de diferente manera su fuerza, queda para Alemania y Francia la misma dosis, variando sólo las concentraciones de las soluciones que se emplean. Si se aplicara en Alemania como en Francia suero de una sola clase y fuera éste el suero de Behring núm. I, cuya fuerza es igual á sesenta, deberían ser aquí las dosis de este medio, iguales también en cantidad como lo son hoy en su valor absoluto.

Se pregunta ahora qué suero puede ser más cómodo en la práctica?

En el hospital se usan con igual utilidad el suero francés y el suero alemán.

Bajo la asepsia estricta que puede practicarse con facilidad en el hospital pueden inyectarse al enfermo de la misma manera 20 cm3 de suero de Roux en lugar de 10 cm3 de Behring núm. II, como ha sucedido esto mismo en Berlín cuando por falta del núm. II lo han sustituido por dos frasquitos del núm. I. En la práctica privada es de preferir el inyectar al enfermo una cantidad de suero lo más pequeña posible y por lo mismo es más agradable, tener las mil inmunidades en un líquido de 10 cm3 en vez de tenerlas en uno de 20 cm3. La utilidad terapéutica es sin embargo la misma para el enfermo.

Aronson fabrica solo una clase de suero. Janowski ha hecho absolutamente las mismas experiencias con este suero que con el de Behring y el de Roux, convenciéndose de que éste suero encierra noventa unidades según la nomenclatura alemana y $\frac{1}{90.000}$ según la francesa.

Por consiguiente la fuerza de este suero es cuasi igual á la

del suero de Behring núm. II. Esta fuerza es conceptuada por Aronson como el mínimo de material para la venta. Cada frasquito de este suero se puede pues, considerar equivalente cuasi con absoluta precisión al suero de Behring núm. II. Y en consecuencia el suero de Aronson, es en la práctica tan cómodo como el núm. II de Behring que es como se ha dicho igual 20 cm3 del suero de Roux.

(*Centralblatt fur Bacteriologie und Parasitenkunde*).

Diagnóstico de la difteria

DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE HAMBURGO

El Dr. Eugen Fraenckel reconoce la facilidad con que pueden diagnosticarse casos manifiestos de difteria por la presencia de seudomembranas extensas. Pero se tienen casos que pueden ser tomados por una angina folicular, rectificándose solo este diagnóstico por las complicaciones posteriores, propias de la difteria, como parálisis, etc. Además en las afecciones de las fauces, secundarias al sarampión, escarlatina y tifus, se dan fuera de las verdaderameute diftéricas otras que tienen con éstas grande parecido.

En todos estos casos, sólo puede el conocimiento etiológico dar cuenta de la enfermedad de que se trata. Para establecer el diagnóstico en casos dudosos se impone el demostrar la presencia del bacillus de Klebs-Loeffler, tanto más cuanto solo así puede confiarse en el éxito del tratamiento por el suero antidiftérico.

Para esa demostración deberá comenzarse por la preparación de cubreobjetos con material procedente de las mucosas atacadas. Cuando esta preparación es de resultado positivo, puede ya declararse el caso como difteria, pero para mayor seguridad deberá recurrirse al procedimiento de las culturas. El método que consiste en resfregar sucesivamente en un número de 6 á 7 tubos de suero el trozo de membrana recogido ofrece dificultades para los médicos prácticos, tales como el preparar un número considerable de tubos de suero. También otros métodos ofrecen igualmente dificultades.

Era por lo mismo de desearse un medio nutritivo que siendo apropiado para el desarrollo del bacillus de la difteria no lo fuera para aquellos que le acompañan comúnmente.

Fraenckel, reconoce un medio de esta clase en los alimentos que contienen albumen alcalino.

Se consigue con el uso de un solo tubo de agar, que contenga albumen alcalino una cultura pura del bacillus de la difteria, procedente del material recogido, ó por lo menos avanza tanto aquí esta cultura que permite el obtener ya en otro tubo una cultura pura. No se requiere técnica bacteriológica, se necesita recojer solamente con la aguja de platino el jugo secretado de la tonsila enferma ó de la pared farinjeal, extenderla en la superficie del agar-agar y abandonar luego el tubo por 24 horas á la estufa. Fraenckel recomienda calurosamente este método en la convicción de que él no falla aun cuando solo se tenga escasos bacillus en el material sospechoso.

El médico práctico, puede limitarse de esta manera al solo exámen por el microscopio y la cultura para formar juicio en todos los casos, en el espacio de 12 horas.

Los que dispongan de un laboratorio, podrán ensayar la inoculación en el conejillo de la India, pero la muerte de este, destinada á probar la virulencia del bacillus sólo tiene un valor científico. No se está autorizado por la mayor ó menor rapidez en la muerte del animal á deducir nada para el prognóstico de la enfermedad. En ningún caso deberá influir este resultado para instituir el tratamiento por la antitoxina; esto deberá empezar por el contrario, tan pronto como posible.

Esterilización del catgut por el calor

POR EL DR. SCHUELLER

El autor ha reconocido que el mejor medio de esterilisación del catgut, se practica colocando el catgut en esencia de ladanda en frascos herméticamente cerrado, que se someten en seguida á una temperatura de 110°c en un esterilizador á vapor.

La esencia de la ladanda puede servir para varias esterilizaciones, pero ella deberá ser completamente pura.

Aertz Prakt. 1894, núm. 30, *Revue de therap. et chirurgie.—L'Union Pharmaceutique.*

Diagnóstico de la lepra

Como un método rápido y fácil se recomienda el siguiente de *von Tschernogubow*.

Se introduce una aguja afilada, bajo precauciones asépticas al través del nódulo infiltrado ó mancha de tal manera que atraviesa toda la piel. Se toma en seguida un tubo capilar de cristal cerrado en sus dos extremidades y provisto de una dilatación en parte media; se rompe una de sus extremidades, se le calienta á la llama y se le aplica á la herida colocando en los bordes de la misma, la extremidad rota. Al enfriarse el tubo capilar, penetra en él una mezcla de sangre y serosidad, después de lo cual se cierra el tubo de nuevo á la lámpara. Se obtiene así un riquísimo material que puede ser examinado en seguida ó cuando se quiera.

(*Arch. Dermatol.* 1895, 31.241).

Tratamiento de la tos convulsa por la quinina

Ludwig Elkind (Berlín) comunica los resultados de las aplicaciones de quinina contra la tos convulsa practicadas en el Hospital de Caridad de Berlín. Se ha dado la preferencia á la quinina entre todos los demás medios por atenuar la intensidad del ataque y disminuir su duración, lo mismo que la duración de la enfermedad. Como dosis, se dan tantos decígramos ó tantos centígramos por día, como tiene de años ó meses respectivamente el niño.

Nosophen

PETROJOD-PHENOLPHTALURÍ

Se recomienda calurosamente por Sufert (Wurzburg) como medio secante y bactericida en las hipersecreciones agudas y crónicas de la mucosa nasal, así como para el tratamiento posterior á las cauterizaciones en la misma.

(*Wiener klin. Wochenschrift* 1895, núm. 12.)

RECTIFICACIÓN

La persona que solicita una rectificación al acta de la sesión científica del 25 de Setiembre, publicada en nuestro número anterior, debe dirigirse, si quiere ser atendido, en términos comedidos y correctos.

En medio de las más vivas discusiones hemos dado bastantes pruebas de respeto á los demás, para exigir que se nos trate con iguales miramientos, y para tener el derecho de no acojer en nuestras columnas desahogos intemperantes.

CONCURSO INTERNACIONAL DE BACTERIOLOGÍA

« PASTEUR »

El Círculo Médico Argentino, en homenaje á la memoria del ilustre sabio cuya muerte deplora la humanidad entera, y que fué su miembro honorario, resuelve:

Art. 1º Celebrar un concurso internacional de Bacteriología que llevará su nombre, en septiembre de 1897.

Art. 2º Los trabajos que se presenten deberán ser investigaciones *originales é inéditas* de bacteriología, sea respecto de algún punto de técnica ó de etiología, profilaxia, diagnóstico y tratamiento bacteriológico de las enfermedades infecciosas del hombre ó de los animales, sea acerca de aplicaciones industriales de la microbiología.

Art. 3º Las memorias, piezas ó preparaciones, culturas, fotografías microscópicas, etc., etc., deberán ser remitidas antes del 27 de mayo de 1896, al Presidente del Círculo Médico Argentino, y en condiciones tales que, en manera alguna, pueda inferirse el nombre del autor. Llevarán un lema ó inscripción cualquiera, que será fijado igualmente en un sobre cerrado y lacrado adjunto, conteniendo el nombre y domicilio del autor.

Las memorias pueden ser presentadas en idioma español ó francés.

Art. 4º Los premios consistirán en:

1º—400 $ oro y el diploma en primer premio del concurso Pasteur.

2º—200 $ oro y el diploma de segundo premio.

3º—Diploma de honor.

Art. 5º El jurado nacional se designará oportunamente por la Asamblea del Círculo Médico Argentino, á propuesta de la comisión directiva, y se hará conocer públicamente el nombre de sus miembros. Su veredicto será comunicado al Círculo Médico antes del 15 de agosto.

Art. 6º El ejemplar de las memorias premiadas y las preparaciones ó piezas que las acompañen quedarán como propiedad de la asociación, sin que ello importe afectar en nada los derechos de propiedad literaria ó de privilegio industrial del autor.

Art. 7º Los trabajos no premiados podrán ser devueltos á sus autores, y los sobres que á ellos correspondan serán destruidos sin abrirlos.

Art. 8º La entrega de los premios se hará en sesión pública el 28 de septiembre de 1897.

Buenos Aires, octubre 9 de 1895.—*Gregorio Araoz Alfaro*, presidente—*Lucio Gordillo*, *Aquiles Garaiso*, secretarios.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 21

Anales del Círculo Médico Argentino

NOVIEMBRE 15 DE 1895

TERAPÉUTICA INFANTIL

Antipirina y acónito

Por el Dr. Antonio Arraga
Médico del Hospital de Niños

Creo de cierta utilidad hacer conocer los buenos resultados que he obtenido eu mi práctica con la administración de estos dos agentes reunidos, y divulgar los efectos especiales que se producen con su asociación: declaro que esta combinación no la he visto indicada en ninguna parte; por lo menos, si ha existido no ha llegado á mi conocimiento. Hace dos años que la uso, diré casi diariamente, y cada vez estoy más satisfecho de sus resultados y de la inocuidad de su acción.

Estas dos sustancias empleadas separadamente, tenían serios inconvenientes, por su acción enérgica, sobre todo en niños de tierna edad: el acónito, poderoso agente, empleado como sudorífico y antitérmico, en las fiebres inflamatorias y eruptivas, necesitaba ser administrado en cierto tiempo y en cierta cantidad para producir efectos rápidos, en los casos urgentes, y esto traía aparejados sus peligros; la antipirina igual cosa; muchas veces había tenido que renunciar al socorro de este precioso agente, por no atreverme á emplear dosis que consideraba peligrosas, habiendo fallado en dosis que yo consideraba terapéuticas: varias idiosincrasias, con susceptibilidades especiales para la antipirina, que me había alarmado profundamente, me hacían más cauto para su adminis-

tración. En vista de estas dificultades se me ocurrió asociar dichas dos sustancias y los resultados superaron á mis esperanzas: ensayé la siguiente fórmula muy usada por mí desde entonces en niños de 1 á 5 años, como sudorífico y antitérmica:

Alcohol de raíces de acónito.....	IV á VII gotas
Antiperina.....	50 centígramos
Agua destilada.....	80 gramos
Jarabe de azahar ó de tolú.....	20 gramos
	(Bebida)

de cinco años de edad arriba aumento el acónito á X (diez gotas) y la antipirina á 1 gramo.

Empleo esta preparación por *cucharaditas pequeñas* (de cinco gramos, cuando más) y administro una cucharadita cada *media hora;* generalmente á la cuarta, quinta, rara vez á la séptima dosis, se producen sudores profusos y la temperatura desciende uno, dos y hasta tres grados: la agitación y demás síntomas alarmantes desaparecen y con mucha frecuencia el enfermito recobra la animación propia á la edad ó cae en un sueño tranquilo: naturalmente que estos efectos son transitorios; según se ve, las cantidades de ambas sustancias utilizadas son insignificantes, apenas dos ó tres gotas de acónito, y diez ó quince centígramos de antipirina; de este modo el peligro desaparece en absoluto; otra de las ventajas de estas pequeñas dosis, es que se pueden repetir todas las veces que sean necesarias, mientras que con las dosis macizas, quedando el organismo deprimido, ya no es prudente insistir.

En los pasados meses, en los momentos de más intensidad de las epidemias de sarampión y de escarlatina, que hemos atravesado, he tenido múltiples ocasiones de experimentar los favorables efectos de esta combinación, que por otra parte pocas veces me ha fallado: en los sarampiones hipertérmicos con temperatura de 39 1/2 á 41, siempre he visto con las antedichas dosis, presentarse sudores profusos y descender rápidamente la temperatura, entrando los enfermitos en un estado de calma y bienestar sorprendente.

Por lo tanto, me he decidido á hacer públicas estas observaciones, pensando que ellas puedan ser de alguna utilidad y al mismo tiempo para que ensayada en mayor escala y debi-

damente controlada esta medicación, se me presente el caso de ratificar ó rectificar mis afirmaciones.

Tengo además otras razones para dar á luz mis observaciones á este respecto y es la siguiente: he leído un artículo del Dr. Comby, publicado en la revista titulada *Medicina Infantil,* sobre la acción de la antipirina, en la práctica infantil; en esa publicación el distinguido especialista francés llega á conclusiones bastante atrevidas, en cuanto á las dosis en que debe ser administrada dicha sustancia para que produzca los efectos antitérmicos deseados. Empieza el Dr. Comby haciendo la siguiente declaración: «*la acción antitérmica de la antipirina no se obtiene sino con fuertes dosis y éstas no fraccionadas*» y al efecto fija la dosis de 50 centígramos por cada año de edad, aconsejando dar á los niños de seis años, siete y ocho años, hasta 3, 4 y 5 gramos diarios. Me parece que esta opinión, realza el valor de la combinación mencionada, que se consiguen iguales resultados y quizás mejores sin llegar á esos extremos.

Mucho respeto me merece la autorizada opinión del experimentado médico francés y no me atrevo á poner en duda sus afirmaciones, pero declaro que con mi fórmula no hay necesidad de seguir sus audaces consejos; en efecto, en muchos casos de escarlatina y sarampión hipertérmica, con temperaturas de 40 1/2 á 41, he conseguido matener á raya la temperatura administrando la fórmula indicada; esto en los casos en que las familias se resistían á emplear el agua fría, el agente por excelencia en estos casos; durante el curso de estas enfermedades que no han bajado de quince días sólo ha consumido cada enfermo de 2 á 3 gramos de antipirina, es decir, casi lo que el Dr. Comby hubiera dado en una ó dos dosis.

Concluiré, recordando la profunda frase de Trousseau, *la práctica médica vive de detalles*; insisto en suministrar la medicina *cada media hora*, reloj en mano, y colocar el termómetro cada hora y media para seguir la marcha de la temperatura; otro detalle importante es asegurarse de la pureza y frescura de los medicamentos, sobre todo del acónito; me ha acontecido algunas veces ver fallar la fórmula; dudar de su bondad; enviar á otra farmacia y producirse los efectos deseados.

A. Arraga

Un nuevo procedimiento de sutura ósea en las resecciones de la rodilla

Por Bartolomé Vasallo

Interno del Hospital de Clínicas

(Comunicación hecha al Círculo Médico Argentino en sesión del día 7 del corriente)

Voy á ocupar la atención de Vdes. con un pequeño trabajo que, si bien no tiene gran mérito científico, se refiere en cambio á un punto de importancia práctica: las suturas óseas en las resecciones de la rodilla.

Esta cuestión es muy antigua, si creemos á *Waldeyer*, citado por *Lejars*. Parece que *Celso* aconsejaba ya la sutura en las fracturas de la clavícula y en este mismo hueso fué usado en Francia á principios del siglo, siendo abandonada más tarde. En el año 1880, *Langenbuch* la pone nuevamente en práctica y á él sigue, durante algunos años, un buen número de cirujanos distinguidos. En la actualidad, esta práctica tiende de nuevo á decaer.

No es mi ánimo ocuparme de las suturas óseas en general; me limitaré únicamente á las que se practican en la rodilla. La más empleada es la de *Demons* (de Burdeos), idéntica á la *Ninni* (de Nápoles), y consistente en poner una sutura simple anterior como el primero de estos cirujanos, ó dos en vez de una, como lo hace el segundo. Hay también otro procedimiento con un punto lateral interno solamente, que creo es de *Schwartz* (poco usada), y por fin, el enclavijamiento de *Kocher*, practicado por medio de dos púas metálicas cuyos extremos en algunos casos quedan fuera de la herida cutánea para ser extraídos más tarde, y en otros, son dejados *in situ*. Este método fué modificado por *Langenbuch*, el cual usa púas de hueso decalcificado, en vez de las metálicas.

No digo que estos procedimientos sean malos, muy al contrario, pero presento á la consideración de Vds., uno que considero más seguro, aunque quizá menos elegante.

El fémur y la tibia que les presento están suturados

del modo que voy á exponer, habiendo sido seccionados en el sentido oblicuo que se usa en las resecciones.

Un hilo grueso de plata es introducido, por medio del perforador, en la parte externa del fémur, á dos y medio centímetros por encima de la superficie seccionada, y en dirección hacia el centro de esta superficie; de aquí, atravesando la tibia, pasa á la parte interna de ésta para salir á dos y medio centímetros debajo de la superficie de sección. De este punto es llevado arriba y perforando la parte interna del fémur á la misma distancia de la línea de sección, es traído á la parte externa de la tibia, en sentido opuesto á la dirección primera y para salir á igual distancia de la superficie de sección. Queda, pues, como lo indican las figuras siguientes, una especie de X cerrada por un lado y que sólo falta cerrar del otro.

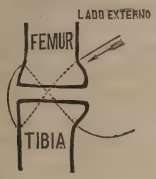


Fig. 1

Fig. 2

Colocado el miembro en buena posición, bien unidos los huesos y sujetados por el ayudante, se tira fuertemente los extremos del hilo que se tuercen y corta muy próximos, aplastándolos en seguida. La X cerrada que así se forma, está constituída por un solo hilo y es, por consiguiente, una sutura más sólida que todas las otras y que la unión por clavijas metálicas ú óseas.

El procedimiento ha sido ensayado en cuatro enfermos, merced á la buena voluntad de los distinguidos profesores Dres. Castro, Gandolfo y Palma, á quienes estoy reconocido. Relataré en seguida esos casos y se verá que en el curso mismo de la operación, antes de suturar las partes blandas, el miembro puede ser movido y sacudido sin que las superficies óseas pierdan su fijeza; no es ésta pequeña ventaja, tanto para facilitar la consolidación en buena posición, como para hacer más cómodas las curaciones posteriores.

He ahí, ahora, las observaciones aludidas:

Sala 2ª, núm. 7. Celso C., español, 52 años. Hijo de padre tuberculoso y antiguo palúdico él mismo.

Fué atacado hace como seis años de una afección aguda de la rodilla, con gran inflamación, abertura espontánea y supuración durante más de un año. Curó al fin, pero con la pierna sin movimiento y flexionada sobre el muslo en ángulo recto.

Entró al hospital el 27 de Junio de 1894. Examinado por el profesor Castro y constatada la anquilosis en posición viciosa, se resuelve una resección á fin de dejar el miembro en la rectitud.

Operación el 9 de julio, por el Dr. Máximo Castro. Se encuentra las sinoviales convertidas en tejidos fibrosos, se reseca los cóndilos del fémur y el platillo tibial y se coloca el miembro en rectitud con mucha dificultad por la retracción de los músculos posteriores del muslo, siendo necesario practicar antes la tenotomía del biceps. Practícase la sutura en X cerrada, ya descrita.

Posteriormente sólo hubo algunos dolores, debidos probablemente al estiramiento de los músculos. Después de varias curaciones, el 7 de Agosto se coloca un aparato de yeso; el 15, el enfermo se levanta con muletas, el 1º de septiembre se le saca el aparato enyesado, y el 5 es dado de alta, pudiendo marchar muy bien con un bastón y llevando el miembro en la rectitud.

Como se ve, este enfermo se levantó á los 36 días de operado y salió de alta á los 56 días.

Enrique P., 15 años, francés, quintero, soltero.

Sin antecedentes de importancia hasta los 7 años en que después de un golpe empezó á sentir dolores en la rodilla derecha, primero vagos, luego acentuados, y seguidos más tarde de hinchazón. Un tiempo de reposo trajo una mejoría que le permitió trabajar aunque la movilidad de la articulación era menor y ésta se hinchaba de tiempo en tiempo.

Hace un año, después de un nuevo golpe, la afección se reagravó y desde hace cuatro meses el enfermo no puede caminar sino con muletas y con muchos dolores.

Habiendo el profesor Castro diagnosticado *artritis tuberculosa con luxación de la tibia hacia atrás*, se resolvió una resección que fué practicada por mí el 8 de Diciembre de 1894.

Resecados los cóndilos en totalidad por estar casi destruídos y con focos tuberculosos, y extirpada la sinovial articular, resequé también el platillo tibial con un solo foco en su parte interna, toqué la herida con ácido fénico

fuerto y practiqué la sutura en X cerrada y sutura de la piel, sin drenaje.

El 10 de Diciembre, es preciso abrir y limpiar la herida y drenarla porque hay un foco de sangre. Curaciones el 15 y el 20. El 2 de Enero, aparato de yeso. El 19, el enfermo se levanta con muletas.

El 1º de Febrero es dado de alta, pudiendo marchar muy bien, con una anquilosis perfecta.

Como se ve, este enfermo se levantó á los 40 días y salió de alta á los 55.

José M. U..., 24 años, español. soltero, jornalero.

Afectado de *artritis tuberculosa* de la rodilla derecha desde 1889, ha sufrido muchas intervenciones parciales en diversos hospitales y el año 1893 una resección en este mismo servicio. Pero, como la consolidación no se ha hecho bien y la marcha es muy difícil, ingresa nuevamente en Junio de 1895.

Practicada una nueva resección y hecha la sutura ósea del modo indicado, todo marchaba bien cuando el enfermo fué atacado de una pneumonia infecciosa y sucumbió 13 días después de la operación. En la necropsia pudo constatarse la solidez de la sutura que mantenía los huesos en perfecta posición.

Francisco B., italiano, soltero, 26 años.

Afectado desde hace 6 años de *osteoartritis tuberculosa de la rodilla izquierda*, con fistula y flexión de la pierna sobre el muslo.

El profesor Gandolfo practica la operación el 21 de Octubre de 1895. Se encuentra sinovitis tuberculosa y focos en la tuberosidad interna de la tibia. Se practica la sura ósea por el procedimiento indicado.

El 8 de Noviembre, se coloca un aparato de yeso, habiéndose mantenido el miembro en perfecta rectitud.

Como se ve, el resultado que la sutura ha dado en los cuatro casos en que ha sido empleada, es completamente satisfactorio.

Tratando, ahora, de precisar los casos en que debe usársela, no pretenderé que ella deba ser aplicada siem-

pre, por ejemplo cuando el hueso es seccionado muy cerca de su límite articular y de tal modo que las superficies se adapten bien, sin deplazamiento posible.—La considero superior en aquellos casos en que hay que resecar mucho hueso y en que, por consiguiente, las superficies de sección quedan bastante alejadas y fácilmente dislocables en las curaciones posteriores, por inteligente y práctico que sea el asistente que tiene el miembro. En ese caso, los más pequeños movimientos obstan á la realización del objeto que el cirujano se propone: la anquilosis sólida y en buena posición.

He tenido ocasión de ver un enfermo al cual fué preciso operar por segunda vez, á causa de una rodilla movible, flotante, consecuencia de una primera resección sin sutura, y en que el obstáculo á la anquilosis parecía ser la interposición de un pedazo de sinovial quedado libre.

Para evitar todos estos inconvenientes, es que considero á la sutura como de un gran auxilio, tanto más cuanto que leo que *Helferich* (de Greifwald), interviniendo en las mejores condiciones operatorias y de adaptación ósea, presenta una serie de 5 casos, 3 de los cuales han quedado con una anquilosis fibrosa que permite algunos movimientos, pero cuya marcha se facilitará, se contenta con decir por el uso de una rodillera de cuero.

Más todavía. En casos como el de la primera historia que acabo de leer, en que la retracción muscular es tan grande que obliga á practicar la tenotomía y en que, aún así, el adosamiento de las superficies óseas se hace con dificultad, yo creo ó estoy seguro, mejor dicho, de que sin sutura no es posible obtener resultado tan satisfactorio como el que les he comunicado.

El Dr. Palma opina que el procedimiento de sutura del Sr. Vasallo es muy conveniente para obtener una anquilosis sólida.—No es otra, sin duda, su ventaja que facilitar la seguridad de la reunión ósea y la fijación del miembro en buena posición, pero no es ella pequeña, desde que por regla general, los resecados deben ser curados muchas veces y sometidos á movimientos que deplazan las superficies en contacto; sólo muy excepcionalmente es posible dejar inmovilizada hasta la curación una articulación resecada.

Por lo demás, el procedimiento del Sr. Vasallo, sea hecho con un hilo fuerte de plata ó, mejor quizá, de cobre, es sumamente simple como ha tenido ocasión de reconocerlo personalmente.

El Dr. Gutiérrez opina del mismo modo y compara la disposición de los hilos en esta sutura á la de los ligamentos cruzados y laterales que fijan normalmente la articulación de la rodilla.

CORRESPONDENCIA DE BERNA

SUMARIO. — Resección del maxilar superior — Un caso de cirugía pulmonar — Neuroma del nervio mediano — Castración y operación radical del hidrocele crónico — Intervención quirúrgica en un caso de fractura del ráquis.

I

Las grandes operaciones de la cara y de la cavidad bucal presentan, casi siempre, inconvenientes y peligros que provienen de la abundante irrigación sanguínea de la región; la hemorragia por un lado, y por otro la penetración de la sangre en las vías respiratorias, constituyen dos inconvenientes muy serios que se ha tratado de suprimir mediante actos ú operaciones preliminares.

Para suprimir ó atenuar la hemorragia se ha tratado de hacer la ligadura de la arteria que irriga principalmente la región, disminuyendo de este modo, artifical y temporariamente, la vascularización de la misma; la ligadura de las arterias lingual, carótida externa, etc., se hace corrientemente como tiempo preliminar de ciertas operaciones de la lengua, suelo de la boca, etc.

Para evitar la penetración de la sangre en las vías respiratorias, se ha propuesto principalmente, la traqueotomía y la posición pendiente de la cabeza. Hace algún tiempo, los miembros de la Sociedad de Cirugía de París, se ocuparon de la cuestión de la traqueotomía preventiva en las grandes operaciones de la cara y de la cavidad bucal, y la mayoría declaró innecesaria esta operación.

El profesor Kocher no participa de esta opinión y cree, por el contrario, que la traqueotomía preventiva es utilísima y hasta indispensable para hacer una operación bien hecha, pues descartado el peligro de la asfixia, el cirujano puede dedicar toda su atención al trabajo que realiza.

He tenido oportunidad de ver practicar al profesor Kocher una resección del maxilar superior, y me he convencido de que cuando se sabe como él, sacar todas las ventajas de la

traqueotomía preventiva, se es forzosamente partidario de ella. Con la ligadura de la carótida externa y la traqueotomía preventiva, el profesor Kocher ha hecho una resección perfecta; todo el trabajo operatorio se realizó en una tranquilidad admirable, sin esas situaciones dramáticas y de confusión, que son demasiado frecuentes en este género de operaciones.

Se trataba de un hombre de 50 años afectado de un carcinoma del maxilar superior derecho con ligera infiltración ganglionar de la fosa submaxilar del mismo lado. La operación constó de los tres tiempos siguientes: 1º, vaciamiento de la fosa submaxilar derecha y ligadura de la carótida externa del mismo lado; 2º, traqueotomía é introducción de una cánula-tapón; 3º, resección del maxilar superior.

El vaciamiento de la fosa submaxilar lo hizo mediante una *enorme* incisión que corría paralela al borde inferior del maxilar inferior; por esta incisión extirpó los ganglios y la glándula submaxilar é hizo la ligadura de la carótida externa. El profesar Kocher hace sistemáticamente el vaciamiento de la fosa submaxilar en todos los casos de neoplasia maligna de los labios, lengua, maxilar, etc., aun cuando la infiltración ganglionar no sea clínicamente apreciable. He dicho que el vaciamiento lo hizo mediante una incisión *enorme*. Tal fué el juicio que formulé al principio, pero después me convencí que ella tenía la extensión necesaria para permitir un trabajo cómodo y perfecto. El profesor Kocher practica tantas incisiones y tan grandes como lo cree necesario, pues piensa que son las grandes incisiones superficiales las que permiten respetar los órganos profundos.

Terminado el vaciamiento de la fosa submaxilar y la ligadura de la carótida externa, se suturó y drenó la herida, y se procedió en seguida á practicar la traqueotomía. Incisión ámplia vertical en la línea media del cuello; se encuentra un istmo del cuerpo tiroides muy voluminoso que opone algunas dificultades para ser rechazado ligeramente hacia arriba; una vez que la tráquea ha sido puesta á descubierto, se la sujeta con dos ganchitos y se la incinde en la extensión necesaria. Cada uno de los labios de la incisión traqueal es tomado con un ganchito, con el objeto de sujetar y mantener abierto el orificio por donde se ha de introducir la cánula. La cánula que se emplea es grande y está provista de un rodete

voluminoso hecho con esponja esterilizada; de este modo, la cánula provista del rodete entra á frote en la tráquea é interrumpe por completo la comunicación entre las vías respiratorias superiores é inferiores. Y hecha la traqueotomía la anestesia fué continuada aplicando la máscara sobre la cánula.

Para la resección del maxilar superior, el profesor Kocher hizo la incisión generalmente adoptada, es decir, la que divide el labio superior en la línea media, costea lateralmente la nariz y se acoda en ángulo recto cerca del ángulo interno del ojo para seguir paralelamente al reborde orbitario y perderse sobre el hueso malar. La ligadura de la carótida externa no ha permitido, como se comprende, hacer una operación en blanco, pero la pérdida de sangre fué, por ese mismo hecho, considerablemente aminorada. Las secciones óseas se hicieron con escoplo y cisalla; la mucosa palatina fué incindida á termocauterio. Después de extirpar el maxilar se termocauterizó toda la superficie cruenta resultante, especialmente en los puntos sospechosos. Se hizo un taponamiento de la herida con mechas de gaza, cuyas extremidades salian por la boca y se suturó completamente el colgajo facial; sobre la herida suturada se pasaron varias pinceladas de la papilla de bismuto de que hablé en una correspondencia anterior.

El tratamiento consecutivo consistió en renovación diaria del taponamiento y lavajes de la herida por la fosa nasal; la marcha del operado fué muy satisfactoria y no se observó otro inconveniente que la necrosis muy limitada del ángulo nasal del colgajo. Tres semanas después de la operación las heridas estaban reunidas y la cánula traqueal había sido extraída; no había lagrimeo ni ninguna otra perturbación del aparato nasolagrimal.

II

Hace algún tiempo que vengo observando un muchacho de 14 años, afectado de bronquiectasia y que ha sido objeto de varías intervenciones quirúrgicas por parte de profesor Kocher. Tal vez sería más instructivo esperar el desenlace del caso para comunicar su historia completa á los lectores de los *Anales*, pero su desarrollo se hace tan lentamente, que temo me llegue el día de abandonar Berna y las cosas se

hallen aún en el mismo estado. Este es el motivo que me impulsa á comunicarlo actualmente.

Se trata de un niño de 14 años que pasa su vida tosiendo y expulsando por día más de un litro de esputos fétidos y muy purulentos, en los que ha sido constatada la presencia del bacilo de la tuberculosis. El niño ha enflaquecido mucho y semejante existencia le es muy penosa; el padre decide confiarlo al cuidado de los profesores Kocher y Salhy (este último de medicina interna), quienes diagnostican y localizan la bronquiectasia y de común acuerdo resuelven hacer una intervención quirúrgica.

La primera operación le fué practicada el 20 de mayo del corriente año. Consistió en resecar algunos centímetros de las costillas 7ª, 8ª y 9ª, y en explorar la parte del pulmón puesta á descubierto. Se constató que había algunas adherencias pleurales, y se hizo en el pulmón una punción exploradora que no reveló nada de particular. Se taponó la herida con gaza yodoformada, esperando se establecieran nuevas adherencias pleurales para proceder más activamente.

El día 30 de mayo, establecidas ya las adherencias que se buscaba el profesor Kocher hizo una nueva punción exploradora y extrajo pus; la aguja había penetrado á 5 1/2 centímetros de profundidad y en la dirección donde se había localizado la bronquiectasia, es decir, hacia arriba, adentro y un poco atrás, con relación á la brecha torácica situada en la línea axilar media. El profesor Kocher tomó un termocanterio provisto de una punta muy afilada y lo introdujo en el pulmón, siguiendo el trayecto de la aguja exploradora y hasta la misma profundidad que había penetrado ésta; en el túnel así establecido, colocó un tubo de drenage de vidrio largo y delgado, por el que salió un poco de sangre mezclada, al parecer, con pus, y un poco de aire. Las maniobras de introducción del tubo de drenage provocaron un acceso de tos, y se vió que los esputos purulentos salían teñidos por la sangre, lo que hizo suponer que se había llegado á la cavidad de la bronquiectasia.

Después de esta segunda intervención, se pensó que el contenido de la bronquiectasia se evacuaría de preferencia por el tubo de drenage que se había colocado, pero no fué así; la tos y la expectoración purulenta continuaron en el mismo

estado y sólo una cantidad insignificante de pus se evacuaba por el tubo de drenage.

El día 28 de junio el profesor Kocher interviene por tercera vez. Agranda la herida, reseca algunos centímetros más de las costillas 7ª, 8ª y 9ª, liga las arterias intercostales, y se decide á incindir el tejido pulmonar hasta la bronquiectasia. Para asegurarse, hace primero otra punción exploradora al lado del trayecto recorrido por el tubo de drenage y extrae pus; después con un bisturí incinde, prudente y parsimoniosamente, las pleuras adheridas y el tejido pulmonar hasta llegar á la bronquiectasia. Los esputos aparecieron muy teñidos de sangre, lo que aseguró al profesor Kocher de que había llegado á la bronquiectasia; colocó un tubo de drenage de vidrio más grueso que el anterior, pero no se vió salir por él la más mínima cantidad de pus. Para asegurarse de la buena colocación del tubo, se inyectó por éste una solución de cloruro de sodio ligeramente teñida con azul de metileno y se vió que los esputos tomaban una coloración azul.

Después de esta tercera operación, el tubo de drenage ha funcionado más satisfactoriamente que antes, en el sentido de que por él se evacua una cantidad mayor de pus; pero esta cantidad sigue siendo insignificante con relación á la que se expulsa por la tos y la expectoración. El estado del niño no ha cambiado casi, pues la supuración pulmonar sigue siendo tan fétida y abundante como antes; en cuanto al estado general no podría decirse que ha sido agravado por las operaciones, pero no se puede afirmar tampoco lo contrario. Debo hacer presente que el tratamiento médico no ha sido descuidado ni un sólo instante.

El ideal del tratamiento quirúrgico en este caso, sería obtener una derivación completa ó casi completa del pus, y además una vía suficientemente amplia para actuar localmente con tópicos ó de otro modo cualquiera. Pero para obtener esto, dada la profundidad á que se actúa, sería necesario incindir ampliamente el tejido pulmonar, afrontando riesgos muy serios que el enfermo no está en condiciones de soportar.

El interés de este caso no necesita ser encomiado, y es por esto que me haré un deber en comunicar á los lectores de los ANALES, los hechos notables que á su respecto tenga oportunidad de observar ulteriormente.

III

Durante el semestre de verano, ha habido en la clínica un hombre joven afectado de un neuroma del nervio mediano, y que ha sufrido tres operaciones por la misma causa, las dos primeras casi á título de ensayo. El neuroma estaba situado un poco por encima del pliegue del codo y tenía el volumen de una avellana pequeña; provocaba sensaciones extrañas é incómodas en la mano correspondiente y pérdida considerable de la fuerza de presión del mismo órgano.

En la primera operación, el profesor Kocher hizo una incisión á lo largo del borde interno del biceps y puso el nervio á descubierto. A pequeños golpes de bisturí, dados en el sentido del eje del nervio, fué recortando tajadas muy delgadas del neuroma hasta que el nervio tuviera en todas sus partes el mismo calibre; sutura de la herida cutánea y curación antiséptica.

Esta operación no dió ningún resultado terapéutico y entonces el profesor Kocher hizo el estiramiento (*élongation*) del nervio, agregando un enérgico masage de la porción del nervio donde estaba situado el neuroma.

Como esta segunda operación no dió tampoco resultado, el profesor Kocher hizo la resección del pedazo de nervio donde estaba situado el neuroma, y la sutura de los dos cabos nerviosos. Esta tercera operación fué seguida de una mejoría rápida, y al cabo de veinte días el enfermo abandonaba el hospital con restitución íntegra de la sensibilidad y parcial de los movimientos, y habiendo desaparecido las sensaciones extrañas é incómodas de la mano.

IV

Las heridas operatorias asépticas del escroto corren riesgo de infectarse por la proximidad del ano, del pene (orina, blenorragía, etc.) y por la dificultad de mantener una curación antiséptica estable. Es por esta razón que el profesor Kocher en la operación radical de la hernia inguinal aconseja no se haga llegar la incisión hasta el escroto, y es siempre en este orden de ideas, que el mismo profesor ha indicado

una incisión, que sin llegar sobre el escroto, permite hacer la castración, la resección de la túnica vaginal y otras operaciones sobre el testículo ó sus envolturas.

Esta incisión, cuya longitud varía con cada caso particular, sigue la dirección del conducto inguinal y termina cerca de la raíz del escroto. Cortados la piel, tejido celular, manojos del cremaster y la fascia infundibuliforme, se llega sobre los elementos del cordón espermático, y entonces se busca el testículo envuelto de sus túnicas propias, haciéndolo salir por la herida operatoria. Buscado el testículo, se procede de modo diferente según que se trate de hacer la castración ó la resección de la túnica vaginal; en este último caso se punza la túnica para evacuar el líquido, se la abre y escinde en la extensión necesaria, se la sutura si hay lugar á ello, y se termina la operación reduciendo el testículo dentro de las bolsas y suturando la herida operatoria. Si se trata de hacer la castración, una vez que el testículo ha sido buscado se aislan los elementos del cordón, se ligan y cortan á la altura necesaria, y se termina como en el otro caso suturando la herida operatoria.

Cuando se trata de hacer la castración á causa de un tumor muy voluminoso ó de un proceso cualquiera acompañado de fístulas escrotales, entonces este método no es aplicable porque la luxación del testículo se halla imposibilitada, en el primer caso por el volumen del tumor y en el segundo por las adherencias que las fístulas escrotales establecen entre las túnicas comunes y propias del testículo; además, en este último caso hay siempre conveniencia en resecar la porción de escroto donde se abran las fístulas.

Este método es sencillo, bastante rápido, y con él se obtiene una herida alejada del escroto, dispuesta á reunirse y sobre la que se puede colocar una curación antiséptica estable y compresiva. He visto ya varias castraciones y resecciones de la túnica vaginal hechas por este método y en algunos operados he observado la formación de hematomas entre las túnicas propias y comunes del testículo, hematomas que obligaron en algunos casos á hacer punciones evacuadoras. Las probabilidades de formación de estos hematomas se hallan considerablemente disminuídas, cuando después de la operación se ha aplicado una curación bien compresiva de las bolsas y de la herida operatoria.

V

He visto intervenir al profesor Kocher en un caso de fractura del raquis, y la operación no sólo no pudo remediar el mal existente, sino que por ella no se pudieron descubrir las lesiones que eran el punto de partida principal de los síntomas observados en el enfermo.

Se trataba de un hombre de 40 años que había recibido el golpe de un cuerpo muy pesado caídole sobre el dorso. Traído á la clínica unos días después del accidente, fué examinado constatándose lo siguiente: vasta equimosis en el dorso, dolor á la presión y movilidad pronunciada de la apófisis espinosa de la 3ª vértebra dorsal; como perturbaciones funcionales el enfermo presentaba paraplegía, anestesia, incontinencia de orina por retención, etc. El profesor Kocher resolvió intervenir y para toda la operación empleó la anestesia local por medio de la cocaina. Hizo una incisión sobre las apófisis espinosas, desprendió las inserciones musculares y extrajo el fragmento óseo movible formado de la apófisis espinosa de la 3ª dorsal con un pedazo de arco vertebral de cada lado; este fragmento óseo no estaba muy dislocado. El canal medular quedó abierto y salió un poco de sangre venosa; en el fondo se vió que la médula y la duramadre estaban intactas.

Se agrandó la brecha resecando la apófisis espinosa de la 4ª vértebra dorsal junto con el arco vertebral correspondiente; la médula quedó á descubierto en una mayor extensión, pero no se constataron lesiones de dicho órgano ni de su envoltura. Se extrajo con una pinza la punta de la apófisis espinosa de la segunda vértebra dorsal fracturada y completamente destacada del resto de la apófisis. Se irrigó ligeramente la herida; taponamiento con gaza yodoformada, y sutura parcial.

La operación no produjo el más leve cambio en las perturbaciones funcionales, y el enfermo murió dos días después. En la autopsia se comprobó que el cuerpo de la 5ª vértebra dorsal había estallado, estando su masa reducida á una simple papilla ósea; los dos discos intervertebrales que limitan esta vértebra estaban casi á contacto. La médula, al nivel de cuerpo de la 5ª vértebra dorsal, estaba completamente destruida y la duramadre desgarrada.

Dr. Nicolás Repetto
Asistente agregado de la Clínica.

Berna, Octubre 14 de 1895.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 22

Anales del Círculo Médico Argentino

NOVIEMBRE 30 DE 1895

LA TUBERCULOSIS DIFUSA DE LOS NIÑOS

(Tuberculosis generalizada, crónica, apirética)

Por el Dr. Marco Avila Méndez (1)

Ex-interno del Hospital San Roque

La tuberculosis de la primera edad es más frecuente de lo que se cree y acepta comúnmente.

Su diagnóstico, siendo difícil á causa principalmente del carácter de *generalización é impregnación* que toma la infección desde el primer momento, es probable que muchos casos de tuberculosis en los niños, faltarán de los cuadros de mortalidad que á la tuberculosis corresponden para ir á engrosar erróneamente los destinados á otros estados mórbidos.

Es necesario estar convencido de la frecuencia de la tuberculosis en la primera infancia y es indispensable *saber diagnosticarla*, como dice Aviragnet. Sólo así se forma hábito y se adquiere facilidad para descubrirla á través del disfraz que la oculta, y esto, sobre todo, tratándose de la forma de infección tuberculosa que me ocupa especialmente.

Landouzy es quien más ha insistido sobre la frecuencia de la tuberculosis sosteniendo, como resultado de sus estadísticas, que existe en *un tercio* de las autopsias de bebés por debajo de dos años.

Queyrat, Aviragnet, Leroux, Hutinel, etc. han confirmado esa opinión.

Refiriéndome ahora á la forma de *tuberculosis difusa*, objeto de este estudio, la única estadística que encuentro publi-

(1) Extractado de dos capítulos de su tesis inaugural.

cada es la de MARFÁN (1). En el espacio de siete meses, ha podido observar 33 casos de tuberculosis en niños de menos de cinco años y sobre ese número, 28 de la forma difusa y 5 de tuberculosis localizadas externas. Este autor concluye, que «la tuberculosis generalizada, crónica, apirética, es la forma de infección bacilar más común en el recién nacido y al niño de la primera edad.»

AVIRAGNET llega á formular la misma conclusión sobre la frecuencia de esta forma de infección en la primera infancia (1 á 2 años). Ella es mayor de los 15 meses á los 3 años; disminuye en los años sucesivos, pero sin dejar de existir aún á los 5 ó 6 años (MARFÁN).

No podemos afirmar que estas conclusiones de trabajos franceses sean aplicables á nosotros, pero habiéndose generalizado tanto la tuberculosis de los adultos, es de suponer que sea también frecuente en el niño. Es casi seguro que gran número de casos han pasado desconocidos y han sido considerados como de simple atrepsia, puesto que nadie se ha ocupado acá de la cuestión, antes del trabajo del DR. ARÁOZ ALFARO ya citado (2). En todo caso, desde que, bajo su dirección, *aprendí* á diagnosticarla y me preocupé de buscarla, me he cerciorado de que existe con mucha mayor frecuencia de lo que se piensa y diagnostica.

SINTOMATOLOGÍA.—La tuberculosis difusa tiene un evolución crónica, lenta, silenciosa, durante la cual los órganos del niño no reaccionan á la infección bacilar con su sensibilidad y modalidad habituales, sino en un lenguaje que no les es propio, cual es el enmudecimiento. Sólo el organismo en su conjunto delata los estragos producidos y los sitios conquistados por la enfermedad. Necesario y conveniente es, pues, señalar jalones para orientarse en esta marcha fúnebre, y es por esto que siguiendo á AVIRAGNET y MARFÁN dividiré la emfermedad en tres *periodos: de debut, estadío y terminal.*

PERÍODO DE DEBUT. — La iniciación mórbida se hace por *gastritis febril ó gastro-enteritis,* aún á *forma tifoidea,* que se presenta en el momento ó poco después del *destete.* (Obs. I, II, VI y VII.) Otras veces se inicia por una *bronquitis febril*

(1) *Semaine Médicale,* 1893, pág. 427.

(2) *Revista de la Sociedad Médica Argentina,* 1894, pág. 157.

tenaz ó *bronco-pneumonia* prolongada, y consecutivas al *sarampión* (Obs. III.), á la *coqueluche* y á la *grippe* (MARFÁN). También se puede asistir á un debut *lento*, *insidioso*, *latente*, sin perturbaciones *gastro-intestinales* ó *pulmonares agudas*, como me parece ser un ejemplo la obs. V.

Este período es de corta *duración*, de algunos días ó de pocas semanas. En cuanto á la *frecuencia* de aparición, creo que el comienzo por perturbaciones digestivas sea el más frecuente, al menos en la clientela pobre hospitalaria, dada su miseria lastimosa y condiciones de vida. Es cierto que el contagio se produce principalmente por las *vías respiratorias*, pero CORNET y DOBROKLOWSKY han demostrado la posibilidad de que el bacilo de Koch atraviese las diferentes mucosas sin lesionarlas. Las lesiones primitivas inflamatorias no son, pues, siempre expresión de la infección bacilar, sino que pueden serlo de infecciones sobreañadidas simultáneas. Podemos entonces admitir como muy posible que una parte principal en estas perturbaciones primeras, tenga su origen en las infecciones secundarias, y ningún sitio más preparado é indefenso como el aparato *gastro-intestinal* de esos niños *destetados*, que en su primer campaña pagan su primer tributo mórbido.

PERÍODO DE ESTADÍO — El bacilo ha impreso al organismo una fisonomía propia y que se revela al ojo menos clínico.

El *enflaquecimiento* que se bosquejaba de una manera rápida al finalizar el período anterior, camina ahora á *paso lento* conduciendo á la *caquexia*. En este momento, sin localizaciones predominantes, sin una reacción orgánica viva, sorprende asistir á esta decadencia *lenta* y *progresiva*.

El enfermito presenta la *fácies* característica de este estado patológico: con sus partes blandas reducidas de volúmen, la piel parece excesiva para contener sus huesos que se dibujan por todas partes. La *piel* forma pliegues, ha perdido su elasticidad, está seca y apergaminada ó bien descamada y pulverulenta, el tinte pálido es pronunciado; y esta palidez, reunida á la trasparencia mayor, la hace parecer *cérea*, *marmórea*.

Las pestañas son sedosas, largas y encurvadas; la mirada es brillante, los ojos están hundidos y rodeados de un círculo azulado, los pómulos hacen relieve, la nariz está afilada, la mandíbula inferior termina en ángulo, la piel forma plie-

gues permanentes que aumentan con las impresiones desagradables del enfermito; los unos frontales son horizontales, los otros partiendo de la nariz para terminar en el mentón, rodean la boca. La *fisonomia* expresa á la par que la impasibilidad y tristeza, el sufrimiento general y el *envejecimiento* prematuro.

El *cabello* es abundante, el sistema piloso está muy desarrollado en la región *interescapular* y en las regiones *ántero-internas* de los brazos y muslos.

Los *miembros* están reducidos á su esqueleto, con la piel colgante; han perdido su potencia de motilidad.

El *tórax* reducido, está demacrado, con los omóplatos salientes, el *cuello* adelgazado.

El *abdómen* está generalmente meteorizado, tenso, con *circulación venosa colateral* desarrollada al nivel del *epigastrio* y regiones *inguino-abdominales*. Este abultamiento abdominal uniforme y más pronunciado hacia la mitad superior y linea media, contrasta con la disminución de volumen del resto del cuerpo. Este meteorismo persistente puede ocasionar trastornos en las funciones respiratorias ú otras. Algunas veces el vientre está plano, flácido, forma arrugas trasversales y deja dibujarse durante los movimientos respiratorios, el *bazo* é *higado* hipertrofiados, como sucedia en el enfermito de la Obs. VII.

La *depresión* física es acentuada, el carácter es triste é irascible.

Como se vé, esta descripción coincide con la del *atrépsico*, salvo ligeros matices que se pierden en el cuadro general.

Si la enfermedad se redujera á señalar su presencia con esta *caquexia*, encontraríamos tuberculosos crónicos á cada paso. Por fortuna se puede constatar en este momento el *síndroma* del *tuberculoso crónico generalizado*, como si dijéramos, *los grandes sintomas del tuberculismo*: la *micro-poliadenopatía*, la *espleno* y *hépato-megalia*, la *ausencia de perturbaciones digestivas* y la *apirexia*.

La *micro-poliadenopatia* ó *signo de Legroux* es lo que GRANCHER propone llamar *adenopatía-periférica generalizada*.

Dejemos hablar al mismo LEGROUX, quien, en su *Comunicación* al *Congreso de la Tuberculosis* de 1888, se ocupa de su valor clínico y la describe así: «Son gánglios pequeños, re-« dondos ú ovales, más ó menos consistentes, rodando bajo

« los dedos, tamaño de un guisante ó *municiones* insinuadas « bajo la piel, sin adherencias entre ellos ni con las partes pro- « fundas ó la piel, sin manifestaciones inflamatorias, y cuyo « carácter principal es la indolencia. » Estos gánglios son palpables y aún reconoscibles á la inspección, cuando la caquexia se ha pronunciado. Pocas veces alcanzan el tamaño de una avellana, no supuran, aunque algunos raros contienen un punto de reblandecimiento central.

El carácter clínico de esta *micro poli-adenopatía* es de ser *generalizada* á todo el sistema ganglionar superficial y aún al profundo.

Se encuentra en los sitios de « *Encrucijadas linfáticas* »: *cuello, axilas, ingles*, y menos frecuentemente son tomados los *gánglios popliteos, supra-epicondileos* y los de la *pared abdominal anterior*. También los gánglios profundos *peri-tráqueo-bronquiales* y *mesentéricos*, etc., pueden ser tomados, aunque sea difícil constatar su existencia por el exámen físico.

Esta *micro poli-adenopatia* cuya naturaleza tuberculosa ha sido demostrada por LESAGE (1) y MIRINESCU, (2) constituye, á veces, la sola localización de la infección bacilar. No puedo menos que mencionar con este motivo el interesante trabajo de PASCAL (3). Por mi parte creo encontrar un representante bien neto de este tipo de *tuberculosis ganglionar* en la enfermita de la Obs. VI.

La *espleno-megalia* (MONEY, LANDOUZY, QUEYRAT Y MÉDAIL) es constante ó muy frecuente. El órgano se palpa fácilmente aún á dos y tres traveses de dedo debajo del reborde costal como en mis observaciones. Es consistente, liso en su superficie, á borde cortante y regular, indoloro. Cuando el meteorismo no permite reconocerlo á la palpación, la hipertrofia se revela á la percusión.

La *hépato-megalia* (signo de AVIRAGNET) (4) no es tan cons-

---

(1) Lesage. *Bulletin de la Soc. clinique*, 1890.

(2) Mirinescu. *La Polyadenite periphérique chez les enfants tuberculeux*, Th. de París, 1890.

(3) Pascal. *Polyadenite primitive*, Th. de París, 1892.

(4) Es Aviragnet quien ha indicado é insistido sobre este signo en su completo y hermoso trabajo *De la tuberculose chez les enfants*. Th. de París, 1892. Y es justo, como lo hace Marfán, darle su nombre.

tante como la *espleno-megalia*, al decir de los autores que merecen fé. El órgano sobrepasa dos y tres traveses de dedo del reborde costal, como puede verse en mis observaciones. Es consistente, á superficie lisa, á borde cortante y regular, indoloro, y la hipertrofia parece ser más acusada en el lóbulo izquierdo. Esta hipertrofia ha existido tan considerable y frecuente en mis observaciones, como la *espleno-megalia*.

Integridad de las funciones digestivas — Bulimia — Las funciones gastro-intestinales se conservan con frecuencia sin alteraciones: no hay vómitos, hay más bien constipación, el *apetito* es normal ó está frecuentemente exagerado hasta la *voracidad*, como ocurría con el enfermito de las Obs. I, que veíamos con el doctor Aráoz Alfaro, ingerir enormes cantidades de leche sin saciarse jamás. « Es una cosa extraña ver estos niños que devoran, que tienen siempre hambre, que digieren la leche que se les hace tomar, enflaquecer todos los días de una manera notable. » (AVIRAGNET).

Otras veces hay diarrea, anorexia, vómitos; pero estas perturbaciones que contribuyen á acentuar el debilitamiento general son pasajeras, y se deben á la *discrasia orgánica*, á *infecciones intercurrentes*, ó si la diarrea es persistente y rebelde, es necesario pensar en *ulceraciones intestinales*, que según los autores son excepcionales en esta edad.

Apirexia—La enfermedad evoluciona « *sordamente, á frío* » como dice MARFÁN. Es un síntoma de gran importancia cuando existe, que es con frecuencia, y es más propio de los niños más jóvenes.

Creo no se debe exagerar la importancia de este síntoma pues aun en los niños de menor edad puede haber *pirexia* sin explicación etiológica satisfactoria, á no ser su producción por el bacilo de Koch: ya que éste, acantonado en los sitios conquistados, la produzca por su *reacción inflamatoria* ó por la *toxemia general*, ó ya porque se hagan *generalizaciones bacilares* paulatinas. Así, en las Obs. III y V, ha existido *fiebre* á tipo francamente *héctico*: con remitencias matinales, sudores, etc., y seguramente producida por el bacilo, pues no había perturbaciones que supusieran otro origen. No quiero referirme á los procesos febriles que acompañan á las complicaciones intercurrentes ó á los accidentes terminales, y de los cuales me ocuparé en su lugar respectivo.

El exámen pulmonar es negativo. El paciente *se resfría* con

frecuencia, dice el vulgo; nosotros diremos: padece de *bronquitis repetidas* que se manifiestan por tos seca, sin *dispnea*, con rales bronquiales gruesos, diseminados. El exámen físico no revela ningún sitio de *condensación pulmonar*.

Tal es el cuadro mórbido físico y funcional que caracteriza á la enfermedad que me ocupa.

El paciente agotado por la *denutrición* llega al *enflaquecimiento esquelético*, está postrado en su lecho, indiferente á todo, con *edemas* en la cara y extremidades, y con su eterno enemigo por delante, *el hambre*, tan magistralmente retratado por *Parrot* cuando refiriéndose al *atrépsico* dice: « Es el sufrimiento « del organismo todo que viene á reflejarse sobre el rostro; « es la necesidad más imperiosa, el hambre de todos los « tejidos, ese hambre que anima á menudo esos ojos empa- « ñados y los vuelve feroces; que agita esos rasgos inmó- « viles; que entreabre esa boca agitada; que agita esos « miembros; que crispa esos puños y los lleva á los labios, « como para sacar de ellos alguna cosa; que arroja, en fin, el « cuerpo todo en la tortura en que se representa á Ugolino. »

PERÍODO TERMINAL—La muerte como el debut es lenta ó rápida. Cuando sobreviene lenta y silenciosamente, *sin gritos* ni *dolores*, es determinada por la *caquexia*, el agotamiento extremo.

La terminación se hace la mayor parte de las veces por *accidentes* que revisten una *marcha aguda*, á saber: *meningitis, bronco-pneumonia, adenopatia tráqueo-bronquial aguda, infecciones secundarias* y *generalizaciones bacilares*.

Por meningitis.—Esta puede ser á marcha rápida, fulminante, según PASCAL: éste cita en su tesis dos casos de su *poli-adenitis primitiva* que enfermaron con fiebre elevada (40°), convulsiones alternando con la *somnolencia* y el *coma* y en los cuales la autopsia reveló *congestión meningea* intensa, con granulaciones poco visibles, conteniendo bacilos, y situadas á lo largo de los vasos.

MARFÁN, dice, esta terminación fulminante es rara; por mi parte no he tenido la fortuna de observarla.

Otras veces la *meningitis* evoluciona en una semana presentando una sintomatología algo desfigurada por el anterior estado general del organismo, como ha sucedido con el enfermito de la Obs. V. También la *meningitis* puede evolucionar durante varias semanas.

Por *bronco-pneumonia* termina en ocasiones. Es á focos diseminados, pero pueden confluir como en la Obs I. Su evolución no difiere de la *bronco-pneumonia común* sino por su duración mayor, su persistencia y su reacción febril menor.

Estas *bronco-pneumonias terminales* son seguramente de naturaleza tuberculosa, quizá son más bien determinadas por infecciones mixtas del bacilo de Koch y de los productores de la *bronco-pneumonia banal* (pneumococos y estreptococos.

Por *adenopatia tráqueo-bronquial* á marcha *aguda* (MARFÁN)' No he tenido ocasión de observar esta forma terminal.

Por *infecciones secundarias*. Dejemos hablar á MARFÁN: «La « muerte es, en fin, á menudo apresurada por una *infección se-* « *cundaria* á *estreptococos* ó á *pneumococos* que provoca fiebre, « agitación, y desnaturaliza el aspecto ordinario de la enfer- « medad.» Tal parece ser la terminación de la enfermita de la Obs. II, atacada de perturbaciones *gastro-intestinales* á forma *coleriforme*, sin duda por *infección secundaria de las vias digestivas.*

Por *generalizaciones* á *marcha aguda*, *granulia* ú otras, de que trataremos al hablar de las *complicaciones*.

DURACIÓN—Los que han tratado esta forma de infección tuberculosa no se atreven á fijarle una duración, por las dificultades con que han tropezado; no obstante, y reconociendo mi ninguna autoridad, procuraré tan solo indicar la duración observada en los enfermitos que han desfilado por el Consultorio Externo del Hospital San Roque y los que han sido tratados en la Sala.

Con este motivo haré notar la diferente duración según que las perturbaciones pulmonares han iniciado y predominado en la evolución ulterior, ó han sido las perturbaciones *gastro-intestinales* las predominantes. Paréceme, la duración sea abreviada por estas últimas.

En las Obs. III, V y VI, la duración ha sido respectivamente de 7 meses, 6 meses y la última lleva 7 meses, siguiendo aún en tratamiento. En ellas no han iniciado ó predominado las perturbaciones gastro-intestinales. Es cierto que en estos pocos casos hay una excepción en la Obs. VII, en la que las alteraciones iniciales y predominantes en el curso de la enfermedad han sido gastro-intestinales, y no obstante su duración se ha prolongado por 8 meses. Quizás se debe su mayor duración á la influencia del tratamiento á que ha estado some-

tida por parte del doctor Aráoz Alfaro, durante casi toda la evolución de su enfermedad, lo cual no ha ocurrido con los enfermitos anteriores que fueron tratados en épocas avanzadas.

COMPLICACIONES.—En el curso de la enfermedad, múltiples son las complicaciones que hacen presa de un organismo que se ha vuelto asilo propicio para las causas determinantes morbigenas. Estas complicaciones acompañadas de reacción febril son las siguientes:

Bronquitis á repetición generalizadas y producidas por *infecciones secundarias.*

Bronco-pneumonias banales que evolucionan y se resuelven como ordinariamente.

Otitis medias supuradas febriles como la que presentaba el enfermito de la Obs. V.

Procesos febriles efímeros sin causa productora reconocida. MARFÁN habla de un niño en el que había olor de cloroformo en el aliento, acetonuria y ligera albuminuria, con reacción febril durante tres dias.

Otras complicaciones son las *generalizaciones agudas* con *fiebre continua*, a saber: la *tifo-bacilosis* de LANDOUZY, ó *tifo-tuberculosis* de AVIRAGNET; la *granulia* á forma *meningea* más propia del niño; y la *fiebre infecciosa sobreaguda*, cuya existencia es dudosa (MARFÁN). En otros, la enfermedad se modifica por las localizaciones predominantes de la enfermedad en ciertos órganos y regiones.

No es mi ánimo estudiar estas diversas complicaciones; tan solo he querido mencionarlas.

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL SAN ROQUE

(SERVICIO DEL PROFESOR AGUILAR)

Caso de ano contra natura tratado por la ileo colostomia con botón de Murphy

Por el Dr. **Avelino Gutierrez**

Profesor sustituto de Anatomía — Jefe de Clínica Quirúrgica

Ramón D. Boschetti, oriental, edad 24 años, empleado de comercio, entró al hospital el 29 de septiembre de 1893.

No hay antecedentes hereditarios.—Individuales, blenorrágia, continuas alteraciones digestivas.

A principios del mes de diciembre del año pasado tuvo fiebre y dolores localizados en la región inguinal derecha; fué asistido por un médico quien á los 14 días hizo una incisión sobre un punto fluctuante y después de dar salida á un poco de pus cauterizó la herida que fué suturada y drenada. En un mes poco más ó menos estuvo completamente cicatrizada y el enfermo pudo trabajar durante dos meses, al cabo de los cuales sintió fiebre y chuchos hasta que se abrió espontáneamente un orificio situado en la parte media de la cicatriz, por donde salió pus y materias fecales. Fué nuevamente operado (incisión y termocauterio) en mayo 14 de 1893.

Hasta el 29 de septiembre, día en que entró en este hospital, el orificio no se ha cerrado y continúan saliendo materias fecales en gran cantidad.

El 6 de octubre es operado en este servicio por el doctor Aguilar. Incisión, sutura de la abertura intestinal. Sutura en dos planos por encima y drenage. La fístula continúa abierta hasta hoy día.

Estado actual. - Antes de intervenir nuevamente se encuentran en la región inguinal derecha y sobre la cicatriz de la primera intervención hecha fuera del hospital, dos orificios, uno superior y otro inferior, situados á dos centímetros de distancia; por el superior salen materias fecales en bastante cantidad. El inferior da solamente pus en muy pequeña cantidad y su trayecto no es libre; ambos orificios están rodeados de escoriaciones y presentan una superficie roja.

El estado general del enfermo es bueno, tiene apetito. Las funciones intestinales son regulares; el enfermo ha tenido después de abierta la fístula deposiciones duras y en cantidad casi igual al estado normal.

14 de diciembre de 1893. Operación, por el doctor Justo; anestesia por el éter, luego inyecciones de cocaina. Incisión de la piel que reune todos los orificios fistulosos; se llega hasta la fístula intestinal y se cauteriza con el termocauterio.

No se consiguió reducir todos los trayectos fistulosos á uno solo. Como persiste la salida de pus por la fístula se interviene otra vez.

28 enero de 1894. Cloroformo; operador Doctor Justo. Doble

incisión elíptica que comprende la fístula y el tejido cicatricial que la rodea; sección cuidadosa de las diferentes capas hasta el intestino. Este presenta un orificio del tamaño de un centavo; pero la disposición del tubo intestinal en la región enferma es complicada; no conseguimos darnos una cuenta exacta de ella. Dentro del intestino que tiene la fístula y hacia abajo de ésta, se ve un gran pliegue de las túnicas intestinales que pueden ser una invaginación. Avivamiento de los bordes de la herida del intestino, sutura del intestino, sutura de las partes blandas en dos planos, sutura de la piel y drenage.

Operación 1º de julio de 1894. Eter. Doctor Aguilar. Incisión paralela á la cicatriz de las anteriores á unos tres centímetros por dentro. Se aisla el intestino que tiene la fístula sin abrir el peritoneo para facilitar el descubrimiento completo de la superficie fistulosa; se hace una incisión vertical á la anterior, que la une con el orificio cutáneo de la fístula. Se corta con el termocauterio una válvula que disminuía la luz del vacío. Se sutura después de avivar los bordes. Sutura de la piel y curaciones antisépticas.

Diciembre 6 de 1894. El doctor Aguilar interviene nuevamente, reseca una porción del ciego y un extremo de intestino que desemboca en él, aviva los bordes y sutura gran parte de la boca del ano iliaco. Esta vez tampoco la operación tiene éxito, las suturas se desprenden y las materias fecales siguen saliendo. Después se aplica varias veces el enterótomo, sin resultado. A instancias del enfermo, el doctor Aguilar decide intervenir nuevamente, piensa cerrar el ano cutáneo, pero juzgando que el éxito sería negativo, conviene en anastomosar el fin del ileon con la porción iliaca del cólon y sustituir de esa manera al ano cutáneo un ano intestinal. La operación es muy racional y casi la única que puede desviar el curso de las escrementos.

Operación 12 de octubre.—Laparatomía mediana infraumbilical.

Inmediatamente se cae sobre el paquete intestinal, pues no existe cavidad peritoneal; una vez abierta la pared fuimos en busca del intestino aferente al ano cutáneo: no dimos fácilmente con él, porque las ansas estaban adheridas unas á otras formando codos ascendentes y descendentes; al fin, combinando la exploración de adentro con la de afuera, se

descubrió el intestino aferente, pero no se lo pudo seguir hacia la pelvis por las numerosas vueltas que daba y las adherencias que había; por otra parte era de temer que tomándolo cerca de la desembocadura y llevándolo por una codadura brusca hacia la fosa iliaca izquierda, las materias fecales no circulasen bien por tantos codos y recodos; en vista de ello nos alejamos unos treinta centímetros de la desembocadura y á esa distancia desadherimos una ansa intestinal de con sus vecinas, buscamos el cólon ilíaco (S iliaca) y pusimos lado á lado los dos intestinos para asegurarnos que se correspondían, incomunicamos la porción de cada intestino en donde debíamos poner el botón de con el resto, por medio de pinzas y entonces sin miedo de que saliese suciedad escindimos al sacabocado un pequeño círculo y pusimos en cada uno de los intestinos á unir una mitad del botón de Murphy; después que las dos mitades quedaron bien y correctamente fijadas al intestino correspondiente se las unió entre sí apretando con bastante fuerza y la anastómosis estuvo hecha. Ahora bien, como la unión entre los intestinos es lateral, las materias fecales pasarán parte á la S iliaca y parte seguirán por el ileon y aparecerán en el ano cutáneo; para impedir esto se estranguló el ileon entre el punto anastomosado y el ex-ano cutáneo con una ligadura no del todo apretada.

La noche misma de la operación el enfermo defecó una vez por el ano natural; al día siguiente observamos que la zona del ano ilíaco cutáneo se había deprimido notablemente y que por su abertura salía solamente pus y mucosidades, pero no excrementos; al tercer día se vió aparecer un poco de materia fecal y en los días siguientes ha continuado en muy pequeña cantidad. Yo no me explicaba la aparición de la materia fecal en el ano ilíaco de otro modo que retrocediendo por los colons ascendente, transverso y descendente, pues me hacía la ilusión que la ligadura hecha al ileón entre el punto anastomasado y el ano cutáneo produciendo un tabique vertical en la luz del intestino, una especie de diafragma anular con un micrópilo central, opondría un obstáculo casi absoluto á la progresión de las materias hacia el ano ilíaco; esta manera de ver mía me parecía confirmada por el hecho, que de día, con la posición vertical del sujeto, era insignificante la cantidad que aparecía en el ano cutáneo, mientras que de

noche con la posición horizontal salía mayor cantidad; además el extremo eferente del intestino, oculto antes de la intervención se había hecho sondable después de ella y desde que las materias volvieron á aparecer en el ano ilíaco.

Se me objetó que los excrementos no debían seguir ese curso antifisiológico y que era más racional suponer seguían el camino antiguo; la objeción tiene mucho valor y es seguro que si el agujero del diafragma que determina la ligadura es de alguna dimensión por él se deben enfilar excrementos. La prueba cierta no se tiene porque en el fondo del infundibulum es imposible ver por cuál de los dos extremos vienen las materias fecales.

¿Cuál es el objeto de la ligadura? se preguntará. ¿No hay el peligro de que corte el intestino y su contenido séptico se derrame en el vientre y determine fenómenos mortales de peritonitis?

El objeto de la ligadura se adivina, es impedir que las materias fecales pasen de la porción superior del ileon ó duodenal á la inferior ó rectal, hacer que todo el contenido intestinal penetrando por la anastómosis caiga en la S ilíaca y continúe luego su camino normal.

La sección del intestino por el hilo de la ligadura y el derrame inmediato de su contenido en la cavidad peritoneal, sólo sería de temer en el caso de que se la hubiera apretado demasiado y por esa circunstancia el intestino fuese cortando antes de la unión perfecta entre las serosas.

Teniendo en vista ese peligro, la ligadura se apretó moderadamente, de tal suerte que para cuando el intestino quedase seccionado, ya la defensa peritoneal se hubiese hecho.

Teóricamente cabía suponer que así pasarían las cosas, y el caso práctico ha venido á confirmarlo, pero en rigor ni se necesitaba de esta prueba porque la experimentación la ha suministrado ya repetidas veces.

¿*Travers* no ligaba el intestino á los perros para demostrar que la continuidad entre los segmentos separados por la ligadura se restablecía por la adherencia inmediata de las serosas y no de las otras túnicas?

En estas experiencias el hilo cortaba el intestino, pero ya cuando las serosas de los dos segmentos se habían acolado por encima de él.

Chaput en la gastro yeyunostomía con yeyuno duodenostomía pone una ligadura en la porción ascendente del duodeno para impedir la entrada de la bilis en el estómago por el orificio del nuevo píloro y no ha debido por ello abandonar la operación.

Sin esa ligadura es seguro que las materias fecales pasarían en tanta cantidad por el ileon rectal al ex-ano contranatura como por la anastomósis hacia la S ilíaca, y no es esta una concepción puramente teórica, existen hechos prácticos que así lo demuestran.

En el *British Medical Journal* de octubre próximo pasado se da cuenta detallada de un caso de entero anastómosis con botón de Murphy, en que dicho botón cayó al desprenderse en la porción rectal del ileon en vez de la S ilíaca y refiere de paso dos casos más, uno de *Mayo Robson* y otro de *Abbe* en los cuales sucedió igual cosa.

Y bien, es evidente que si el botón, cuerpo sólido y de cierta dimensión, ha podido caer en la porción rectal del ileón, las materias fecales líquidas sin el obstáculo de la ligadura lo harán con mucha mayor facilidad.

Lesiones óseas de la sífilis hereditaria tardía

DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por el **Dr. Lucio Gordillo**

Ex-interno del Hospital de Clínicas

I. Dolores y tumefacción, hé ahí los dos grandes síntomas. Analicémoslos.

Sin causa ocasional ninguna ó con ella (traumatismo) el niño comienza á quejarse de dolores que localiza en el mismo sitio de la lesión unas veces, mientrás que otras no puede hacerlo. Estos dolores en cuanto á su agudeza son muy variables: en la mayoría de los casos bastante fuertes, en otros tan lijeros que han pasado desapercibidos y, en fin, en algunos terribles hasta hacerse intolerables, á juzgar por los gritos de desesperación que arrancan al enfermo. Casi siem-

pre nocturnos exclusivamente, ó bien diurnos con exacerbaciones nocturnas, apareciendo dos ó tres horas después de acostarse con el calor del lecho, — estos dolores tienen esta gran particularidad: que se producen sin causa aparente. En efecto, si en este momento observamos al niño, por más cuidado que pongamos en el exámen del hueso, sitio de los dolores, no encontraremos nada absolutamente de anormal, ni cambio de la coloración de la piel, ni tumefacción y algunas veces ni dolor á la presión del hueso. La explicación de este hecho, nos la da la anatomía patológica, (lesiones centrales). Está demás decir, que los dolores osteóscopos traen como consecuencia insomnio, pérdida del apetito y enflaquecimiento, estado nervioso, etc.

Este estado dura un tiempo más ó menos largo, según la marcha, localización y forma de la lesión, y luego viene á tomar el sitio que le corresponde en el cuadro clínico, el otro síntoma de que hablábamos más arriba: la tumefacción ósea.

Mientras ésta se constituye, los dolores espontáneos continúan, haciéndose sobre todo muy marcados por la presión.

Tenemos, pues, un aumento de volumen del hueso, doloroso, que tiene su localización con notable predilección en los huesos largos, y en éstos con preferencia en el bulbo, para de allí extenderse á lo largo de la diáfisis; pero los casos en que la localización se hace á lo largo de la diáfisis, primitivamente, no son de ningún modo raros, como ántes se creía.

En la parte afectada hemos notado siempre una elevación muy apreciable de la temperatura local, reflejo del trabajo inflamatorio que tiene lugar, y un lijero aumento de la circulación venosa superficial.

En esta descripción y en lo que sigue nos referimos á los huesos largos que, como hemos dicho, son infinitamente más atacados que los cortos y planos.

Ahora bien, ¿qué marcha va á seguir esta osteitis? En la gran mayoría de los casos, la evolución es sumamente lenta, eminentemente crónica sin más síntomas que los señalados: dolores, que vienen por períodos, separados por intervalos más ó menos largos de calma, y aumento de volumen del hueso, que persiste siempre y que se hace cada vez mayor después de cada *poussée*. Así, la *hiperóstosis* para constituirse definitivamente necesita varios años, dos hasta cinco y aún más, como lo hemos visto en uno de nuestros casos.

La evolución, se hace, pues, sin necrosis, sin pus.

Pero en otros, felizmente muy pocos, en relación con aquéllos, las cosas no pasan así. Después de un cuadro sintomático análogo al anterior, la tumefacción inflamatoria se hace cada vez mayor, un abceso subperióstico se forma, que bien pronto se abre dando salida al pus, detrás del que se esconde un secuestro, que mantendrá la supuración, si no se interviene.

Estos casos tienen por lo general, una marcha aguda ó subaguda, lo que hace fácil su confusión con una osteomielitis de otro orígen, por lo que el profesor Lannelongue los llama « á forme aigüe trompeuse. »

Esta forma ha sido observada por nosotros.

La ó las *hiperóstosis*, último término del proceso, persisten indefinidamente y deforman al hueso que les dá asiento, deformaciones cuyo estudio es sumamente importante para el diagnóstico retrospectivo de lo que allí se ha pasado. Pero antes de hacerlo, vamos á decir dos palabras de otra forma *clínica* de lesión que afecta á los huesos planos y excepcionalmente á los largos: son los gomas circunscriptos periósticos, que se observan en el cráneo. Aquí encontramos también el dolor y la tumefacción que aparece más ó menos rápidamente. Unas veces el dolor espontáneo es muy agudo, precediendo á aquélla, como se vé en una de nuestras observaciones, para solo manifestarse á la presión después, ó bien en otras evoluciona insidiosamente. La evolución en general es la siguiente: la tumefacción de tamaño variable (moneda de dos centavos ó más) dura al principio, se ablanda poco á poco, se vuelve pastosa, hace luego cuerpo con la piel, se abre ésta dando salida á un líquido viscoso mezclado á un pus mal ligado, una ulceración queda constituída. Todo esto se hace muy lentamente, en muchísimo tiempo, en ausencia de tratamiento se entiende. Cuando éste interviene en una época en que la lesión, sin haber avanzado mucho, ha producido sin embargo un trabajo de destrucción de la sustancia compacta, quedan como vestigios de ella verdaderas pérdidas de sustancia bajo forma de depresiones, de « enfoncements » como dice Fournier, exagerados por la neoformación ósea que la acompaña.

Cuando la lesión se hace en la profundidad, el enfermo puede presentar síntomas nerviosos graves, agitación, ataques epileptiformes, etc.

Las *deformaciones* de los huesos largos son interesantes.

Como es de suponer, serán muy variables, según la localización del proceso que ha dado origen á la hiperóstosis, y también según la extensión de él.

Desde la hiperóstosis que ocupa toda una tibia, de arriba á abajo, de una á otra epifisis, hasta la perfectamente circunscripta á un pequeño segmento del hueso, hay muchas gradaciones. Y decimos de la *tibia*, porque hemos de tener presente á este hueso más que á cualquier otro, siendo el más atacado, y donde se ha descripto esa curiosa deformación llamada tibia en *hoja de sable.* Hé aquí en lo que consiste: antes de nada, se ve que el borde anterior de la tibia, en lugar de ser recto, describe una curva de convexidad anterior, perfectamente apreciable; si *palpamos* nos daremos cuenta de que el borde, en lugar de ser cortante, como es en el estado normal, se ha hecho grueso, espeso, con desigualdades, en una palabra, que él se ha convertido en una *verdadera cara ósea.* Ahora bien, esta hiperóstosis anterior, estas capas óseas agregadas al hueso antiguo, producen un aumento del diámetro ánteroposterior, *real*, lo cual trae como consecuencia un aplastamiento transversal *aparente.* Eso es todo.

Por esta descripción se ve, pues, que la desviación será aparente y no real. Tan claro es esto, que no creo necesario insistir.

¿La tibia en *hoja de sable*, es patognomónica de la sífilis hereditaria? Así parecía resultar de las observaciones de Fournier, de Berne, y otros; pero Gangolphe dice haberla observado en un sujeto de cincuenta años con sífilis terciaria. Rénard ha publicado un caso análogo en la *Révue d'orthopédie*, (Paris, mayo del 93).

De todos modos, sea adquirida ó hereditaria, lo cierto es que solo la sífilis puede producir la *tibia en lame de sabre.*

II. Hacer el *diagnóstico diferencial* de la osteomielitis gomosa con las otras afecciones óseas que tienen puntos de contacto en su sintomatología, tiene verdadero interés práctico porque de él depende directamente el tratamiento. Valórese por esta sola circunstancia la importancia que reviste, para convencerse del cuidado con que debemos analizar todos los elementos de que podamos disponer para ese objeto.

Aquí nos ocuparemos solamente de hacer el diagnóstico de la *lesion*, considerada aisladamente.

En el primer período de la osteomielitis gomosa, el período

de los dolores, como podemos llamarle, casi siempre son éstos atribuídos al reumatismo, «verdadera caja de Pandora, de donde parecen salir todos los males que aflijen á la humanidad»; pero si tenemos presente los caractéres de aquellos, fácil será en la gran mayoría de los casos, hacer su diferenciación.

En los niños á crecimiento rápido, se observan á veces, dolores en los huesos, que aparecen espontáneamente ó después de una fatiga cualquiera, pero ellos son sobre todo marcados por la presión, y su sitio fijo es la región justa-epifisiaria. Pueden ser apiréticos ó acompañarse de un movimiento febril más ó menos acentuado, manifestaciones atenuadas de la osteomielitis infecciosa, según Bouilly. Yo no sé que se haya observado fiebre en los sujetos con dolores dependientes de la osteosifilosis, y en cuanto á los de la forma apirética, no me parece que sea posible su confusión con éstos. En la sífilis, fuera de la exacerbación nocturna que se observa casi siempre, son más espontáneos, comienzan en un hueso, la tibia, en la gran mayoría de los casos, para atacar los otros después de un cierto tiempo, mientras que los dolores de crecimiento aparecen *d'emblée* sobre varios. Además, el reposo los hace desaparecer; lo contrario sucede en aquéllos.

La osteitis *á forma neurálgica* de Gosselin, puede ser confundida con la osteomielitis gomosa en su periodo doloroso, sin lesión aparente. En ella encontramos los mismos dolores sin alteración en el hueso, y si se agrega que también la tibia es su localización predilecta, se comprende fácilmente que el diagnóstico sea difícil, imposible á veces. Sin embargo, se dice que la fijeza (región justa-epifisiaria) y la intensidad de los dolores, son elementos de diagnóstico. Sin negar la importancia que éstos puedan tener, creemos que en muchos casos, con sólo ello, no será posible hacerlo. Este es uno de los casos en que el estudio del *sujeto* tiene grandísima importancia.

Al leer las observaciones de osteitis neurálgica, de falsos abcesos óseos, como también se la ha llamado, porque en las trepanaciones que se han hecho no se ha encontrado pus, se me ha ocurrido una duda, y es si la sífilis habrá sido extraña siempre á su producción. Se me dirá que el tratamiento por el ioduro de potasio, que no siempre se ha hecho en aquellos, aclararía la cuestión, haciéndolos desaparecer en caso de ser

dependientes de aquélia; pero debemos recordar que hay casos en que dolores óseos de origen sifilítico indudable, no han cedido al ioduro, y sí á la trepanación, lo mismo que en la osteitis neurálgica de Gosselin. Hagó presente de paso mis dudas sobre esta cuestión y continúo.

Pero en caso de que las lesiones, más avanzadas en su evolución, han producido la tumefacción ósea, por reacción perióstica, como lo demuestra la anatomía patológica, se nos presentan otras enfermedades con que hacer su diagnóstico diferencial y son: la osteitis tuberculosa, el osteosarcoma, las exóstosis de crecimiento, la osteomielitis crónica *d'emblée.*

Por cierto que nosotros no entraremos á defender la independencia de las manifestaciones óseas de la sífilis terciaria hereditaria, como tales. La discusión de que esas lesiones son escrofulosas como se decía antes ó tuberculosas como ahora las llamamos, no es de esta época. El escrofulato de sífilis ó el sifilato de escrófula, originales fórmulas químico-clínicas, inventadas *ad hoc*, no han resistido á la crítica. A Hutchinson, Fournier, Lannelongue, entre otros, corresponde el mérito de haberse levantado contra esas ideas tan viejas como erróneas, sentando sobre sólidas bases, con observaciones clínicas y anátomopatológicas concluyentes, la existencia de la osteomielitis sifilítica hereditaria. No nos detengamos, pues, en esto.

Los elementos de diagnóstico con la *osteítis tuberculosa,* son los siguientes:

La tuberculosis se desarrolla con notabilísima frecuencia, en el tejido esponjoso; por eso ataca la *epifisis* de los huesos largos. La sífilis, por el contrario, se desarrolla en las extremidades de la *diáfisis* (bulbos) ó á lo largo de ella. Las osteitis tuberculosas, diafisiarias, ya sean consecutivas á un foco primitivo epifisiario, ya primitivas, medulares ó periósticas, son infinitamente más raras.

La tumefacción producida por la tuberculosis ósea no depende del hueso, sino de las partes blandas adyacentes: tejido celular, cavidades articulares. La tumefacción es producida por fungosidades ó colecciones purulentas, y no por hiperóstosis, por neoformación ósea, como sucede en la sífilis. Por la palpación se notan perfectamente estos detalles. En la osteomielitis gomosa circunscripta, por ejemplo, la única manifestación objetiva puede ser un aumento de volumen del

hueso, circunscripto también como la lesión que le ha dado origen, y producido por la reacción perióstica consecutiva, sin haber alteración alguna en las partes blandas, mientras que la tuberculosis queda latente habitualmente hasta su propagación á los tejidos subyacentes. La hiperóstosis de vecindad es un hecho excesivamente raro en la tuberculosis. Lo mismo podemos decir de la forma difusa.

Esto por lo que se refiere á los síntomas objetivos. En cuanto á los subjetivos encontramos grandes diferencias. La manera como comienza la tuberculosis ósea es insidiosa en extremo: en presencia de un enfermo de esta clase, si lo interrogamos cuidadosamente, veremos que el principio de la afección se remonta á mucho tiempo atrás, que los dolores aparecían después de una fatiga cualquiera, que eran calmados por el reposo; como se ve, debut distinto del de la sífilis. Una causa de error que hay que tener presente y que basta indicarla para evitarla, es que se puede atribuir á dolores osteóscopos nocturnos los que producen el *grito* nocturno.

Dos elementos de diagnóstico pueden ser también el debilitamiento considerable de los músculos del miembro afectado, aún antes de que la atrofia sea muy marcada, en la osteotuberculosis, y el estado de los gánglios correspondientes. En la sífilis, por el contrario de lo que sucede en aquélla, se observaría una falta de correlación entre las lesiones específicas de una parte y las lesiones del aparato linfático, por otra; es decir, que éstas, el infarto ganglionar por ejemplo, estaría subordinado á la lesión en caso de tuberculosis, que sigue sobre todos los linfáticos para infectar el organismo, y correspondería por consiguiente á la región afectada, mientras que en la sífilis, dependiendo de la infección general, las alteraciones ganglionares no estarían bajo la dependencia de la lesión.

Debo declarar que en mis casos no me había preocupado de estos detalles, sobre los que llama la atención Gangolphe; pero creo que en la práctica no tienen gran importancia, porque los sujetos con manifestaciones terciarias de sífilis hereditaria pueden ser de constitución linfática, lo mismo que los con tuberculosis locales. No hay que olvidar que una de las causas por las cuales aquellas manifestaciones fueron consideradas como escrofulo-tuberculosas durante mucho tiempo, ha sido precisamente el desarrollarse en sujetos es-

trumosos, de naturaleza linfática. Quizás ese elemento de diagnóstico tenga importancia en las sífilis adquiridas del adulto; pero ese no es nuestro caso.

La evolución de la tuberculosis y de las sífilis óseas, presenta grandes y notables diferencias, y sobre la que no vamos á insistir porque sería exponernos á repeticiones inútiles. Bástenos decir que nada es más fácil que su diagnóstico diferencial. Cuando aparecen los abcesos fríos osifluentes, los trayectos fungosos, las fístulas con su aspecto característico que dan salida á la supuración, etc., etc., ya no puede haber duda alguna.

El *osteosarcoma* puede ser confundido con la osteomielitis gomosa? Veamos. Aquél comienza lo mismo que ésta, por dolores, que no presentan ningún carácter especial, viniendo la tumefacción en seguida. En ambas afecciones, ausencia habitual de supuración y de secuestros. Sin embargo, si analizamos estos síntomas, encontramos, en su forma y evolución, grandes diferencias.

En primer lugar, la evolución del sarcoma es rápida: algunas semanas, ó á más tardar algunos meses, después de los dolores, que no presentan las exacerbaciones nocturnas de la sífilis, aparece la tumefacción ósea, cuyos caracteres de «mollese» de pastosidad, de falsa fluctuación en ciertos puntos, son completamente distintos dê los de la sífilis, de consistencia *uniforme*, dura, ósea, como que está constituída por hueso nuevo.

Después, los osteosarcomas son raros antes de los diez años, y se sabe que entre seis y doce años se observa, por el contrario, el máximum de frecuencia de las lesiones óseas heredo-sifilíticas tardías.

Pero hay casos índudablemente en que la duda puede ser permitida: me refiero á los casos en que una fractura *espontánea* se ha producido, y carecemos de antecedentes ó éstos no arrojan gran luz. Aquélla puede ser, en efecto, lo mismo que en el sarcoma, una consecuencia de las alteraciones que la osteomielitis gomosa ha producido en el hueso como lo han observado Hutchinson, Lannelongue y otros Fuera del estudio del *sujeto*, sólo la marcha puede aclarar el diagnóstico. Hay que tener en cuenta que poco ó nada podemos sacar de la palpación, por razones fáciles de comprender. Tratándose de un tumor, la fractura no será sino el punto de partida de un de-

sarrollo más rápido de aquél, como lo demuestra el aumento de la tumefacción, mientras que en la sífilis ésta no aumentará, porque no hay razón; al contrario, disminuirá lentamente, como en una fractura simple, y rápidamente con el tratamiento iodurado. Además, la consolidación es la regla en las fracturas espontáneas de origen sifilítico, si habiéndolas reconocido se ha hecho el tratamiento específico, mientras que en las consecutivas á osteosarcomas, ella no se produce, y, en caso de hacerse, es incompleta y no duradera.

Para ser completos, deberíamos hacer el diagnóstico con las lesiones de *traumatismo* y con las *exóstosis de crecimiento*; pero existen entre éstas y la sífilis ósea diferencias tan marcadas que creo inoficioso detenerme en ellas. Con lo que hemos dicho respecto á los síntomas que acompañan á aquélla y de las deformaciones que produce, creo que basta.

Nos queda todavía la *osteomielitis crónica d'emblée*. Las dificultades á veces pueden ser enormes. Léase el notable estudio que á sus diferentes formas clínicas dedica Gangolphe, para convencerse de que así es realmente (1). Ya hemos hablado de los *falsos* abcesos óseos ú osteitis neurálgica de Gosselin.

En la forma de *abcesos dolorosos* de los huesos, un buen elemento de diagnóstico es la temperatura, que se mantiene ordinariamente alrededor de 38°, se eleva algunos días á 38,5 para bajar de nuevo.

«El sitio, la forma, la consistencia, la evolución de la lesión ofrecen tales analogías que el ensayo del tratamiento específico es la *piedra de toque* la más eficaz. La misma *rareza de supuración*, idéntica *ausencia de secuestro*, *fractura espontánea*, *dolores nocturnos*... hé ahí tantos signos comunes que pueden dejar el diagnóstico absolutamente hesitante.»

Sin embargo, por el análisis metódico y minucioso de los síntomas de la afección, tomando en cuenta esos pequeños detalles que en muchos casos tienen verdera importancia; por los antecedentes de familia; por los estigmas de sífilis que el individuo presente, será posible aún en los casos reputados difíciles, llegar al diagnóstico, aun antes de tener necesidad de recurrir al tratamiento específico para hacerlo.

---

(1) *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894 pág. 497 y sig.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Tratamiento de la bronquitis herpética

LANCEREAUX

LANCEREAUX divide las bronquitis en cinco clases: 1ª Br. *piréticas* ó *zimóticas* (de las fiebres eruptivas, de la grippe, de la fiebre tifoidea, etc.); 2ª Br. *bacilares* (de la tuberculosis, de la sífilis, de la lepra); 3ª Br. *fétidas*, contra las cuales el hiposulfito de soda á la dosis de tres ó cuatro gramos en una poción produce buenos resultados; 4ª Br. *profesionales*, engendradas por el polvo, la respiración de un aire frío, como se ve en los picapedreros, molineros, panaderos, carboneros, etc.; 5ª Br. *constitucionales*, ocasionadas por la gota, el reumatismo, el herpetismo, etc. (*Gaz des hopitaux* (septiembre de 1895).

El diagnóstico y el tratamiento de la bronquitis ligada al herpetismo, son muy importantes á conocer.

La bronquitis *herpética* reviste las dos formas, aguda y crónica. Ésta se establece casi siempre *d'emblée*, sucediendo raramente á la forma aguda. La br. herpética se manifiesta habitualmente hacia la edad de la pubertad, algunas veces más tarde, y lo mismo que los desórdenes cutáneos y articulares, ella no es menos á menudo una afección de la edad avanzada que de la juventud. La tos es ruidosa, ronca ó espamódica y casi coqueluchoide. Los accesos de tos, de una duración de uno ó varios minutos, se terminan por la expulsión de una expectoración abundante, filante, nacarada, viscosa y transparente, expectoración separable en dos capas, la superior espumosa, semejante al blanco de huevo batido ó á la espuma de jabón, y la inferior, un poco adherente al vaso, incolora ó gris, es semejante al blanco de huevo diluido en el agua ó á una solución de goma. Algunas veces estos accesos se reproducen á intervalos regulares, de preferencia hacia las cuatro ó cinco de la tarde ó dos ó tres de la mañana. A la auscultación, rales sonoros y mucosos, á la percusión, aumento de la sonoridad debido al enfisema. Esta afección procede por *poussées* de una duración de tres á cuatro semanas.

El diagnóstico, habiendo sido cuidadosamente hecho, apoyándose sobre los caracteres de la tos y de la expectoración y sobre la constitución general del individuo, es necesario proceder sin retardo al tratamiento, muy eficaz en estos casos. Las preparaciones opiáceas apenas calman la tos, y LANCEREAUX habiendo notado que se observaba frecuentemente la br. herpética en sujetos atacados al mismo tiempo de jaquecas ó de neuralgias que cedían fácilmente á la quinina, tuvo la idea de administrar este medicamento, cuyo suceso fué rápido en esta forma de bronquitis. LANCEREAUX prescribe el *sulfato neutro de quinina* á la dosis de 40 á 60 y 75 centígramos en dos ó tres dosis, con media hora de intervalo, en el niño; en el adulto, 1 gramo, hasta 1.50 gr. y aun 2 gr., pues para obtener un efecto terapéutico satisfactorio, es necesario que el enfermo llegue á sentir zumbidos de oído, vértigos, cefalea, etc. Ningún otro medicamento es tan eficaz, y los insucesos son siempre el efecto de errores de diagnóstico ó de la antigüedad de la bronquitis. Ni los vejigatorios, ni las ventosas, ni las puntas de fuego son medios curativos.

La *hidroterapia*, bajo forma de duchas frías tomadas aun en invierno, produce también los mejores resultados y esta medicación que parece paradojal, es tanto más recomendable cuanto que ella actúa á título, no sólo de agente curativo, sino de medio preventivo. LANCEREAUX cita casos en que las bronquitis herpéticas más rebeldes, y datando de varios años, han cedido definitivamente al empleo de esta medicación.

Partiendo de esto, es necesario decir, que las *aguas minerales* actúan aquí menos por sus propiedades químicas que por su acción física. En los establecimientos termales menester es pues preocuparse, en estos casos como en la mayor parte de las afecciones constitucionales, sobre todo de la acción física de las aguas y hacer uso de baños, y sobre todo de las duchas frías ó calientes, según las circunstancias.

La castración en la hipertrofia de la próstata

ALBARRAN

Experimentalmente, LAUNOIS, RAMM, WHITE y KIRBY han demostrado que en el perro la castración doble determina la atrofia de la próstata. Las experiencias de ALBARRAN hechas juntamente con MOTZ, no confirman la conclusión de aquéllos. Es difícil afirmar por el simple exámen microscópico de la próstata, que la glándula está atrofiada; los cuadros publicados comparando el peso de la próstata al peso del animal para apreciar el volumen normal de la glándula, dan indicaciones falsas. No existe relación constante entre el peso de la próstata y el del animal.

La prueba anatómica de la atrofia de la próstata *hipertrofiada* después de la castración, no ha sido hecha. Las dos únicas observaciones experimentales publicadas, una de WHITE y otra de GRIFFITHS, no son consideradas como probantes por ALBARRAN.

La disminución de volumen de la próstata, que se constata clínicamente después de la castración, depende en parte de la decongestión de la glándula, en parte de su atrofia verdadera.

La atrofia (clínica) de la próstata hipertrofiada está demostrada por varias observaciones, en las cuales se ha visto la disminución gradual de volumen de la glándula llegar lentamente á tal grado, que no se la sentia más por el tacto rectal: estas observaciones demostrativas son las de HORWITZ (47 días), de BRYSSON (4 meses), de RAMM (1 año) y una de ALBARRAN. Se trataba de un enfermo con una hipertrofia media de la próstata: tres meses después de la operación era imposible sentirla por el tacto rectal. En la mayor parte de los casos la atrofia es más lenta y se observa una simple disminución de volumen. A veces la atrofia no se produce después de tres ó cuatro meses de la operación. En un enfermo de PILCHER no había disminución de volumen cuatro meses después de la castración doble.

Al lado de la disminución de volumen debida á la atrofia, hay que considerar la parte debida á la decongestión, como GUYON lo ha manifestado.

¿Cómo actúa la castración en estos casos? En la hipertrofia de la próstata, la castración actúa sobre la contractilidad vesical disminuyendo el volumen de la glándula, lo cual mejora ó aún cura ciertas retenciones. La operación actúa quizás también sobre la vejiga descongestionándola, y por otra parte por dynamogenia del órgano inhibido, como tienden á mostrarlo ciertas observaciones. Uno de los operados de ALBARRAN que no podía orinar sin sonda desde 6 meses, pudo orinar espontáneamente 30 gramos cuatro horas después de la operación.

La castración actúa sobre la contractilidad vesical de una manera diferente según los casos.

1º. *Casos de dysuria sin retención de orina.*—En estos enfermos la castración tiene por resultado casi constante la disminución del número de las micciones, por la descongestión de la próstata y vejiga; pero hay que tener en cuenta también el papel que desempeña la mejoría de la cistitis.

2º. *Retenciones agudas.*—En estos casos la operación parece actuar por análogo mecanismo, pero es muy difícil darse exacta cuenta de la parte que corresponde al acto operatorio en la mejoría obtenida.

3º. *Retenciones crónicas incompletas.*—En estos casos el músculo es más débil, la importancia de los fenómenos congestivos menor. Se puede pensar que los beneficios obtenidos deben ser puestos en cuenta de la atrofia, que disminuyendo el volumen de la próstata, hace más fácil y eficaz el trabajo del músculo vesical.

4º. *Retenciones crónicas completas.*—En estos enfermos, se puede observar mejorías extremadamente rápidas y curaciones completas, que no pueden ser comprendidas sino suponiendo una esclerosis nula ó poco marcada de la capa muscular de la vejiga.

Tales son los resultados obtenidos en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata por la castración doble.

ALBARRAN resume así las indicaciones, según los casos: No está dispuesto á intervenir en los casos de dysuria sin retención ni en las retenciones agudas; estos enfermos deben ser tratados por los medios ordinarios. En las retenciones crónicas, incompletas y completas, piensa que la castración puede ser propuesta cuando el cateterismo es

insuficiente para curar la retención y que ella debe ser aconsejada en los casos de cateterismo habitualmente difícil. La operación tendrá sobre todo probabilidades de éxito cuando el examen manométrico de la vejiga muestra que el músculo vesical conserva todavía su potencia, aunque la contractilidad pareciese debilitada ó poco persistente.

(Congreso de Cirugía de París, sesión del 25 de octubre de 1895.)

Ambliopía producida por el uso del datura stramonium

El *Dr. di* Cerrillo relata en el *Recueil d'ophtalmologie* haber observado un caso de ambliopía progresiva acompañada de un cierto grado de neuritis crónica.

Se sabe que la causa más frecuente de estas neuritis es el abuso del tabaco, que produce la afección conocida con el nombre de *ambliopia nicotínica*. Este enfermo no ha fumado jamás tabaco, no había tenido sífilis, no era histérico, no había diabetes ni intoxicación saturnina; no era alcoholista ni estaba sometido á los vapores de sulfuro de carbono.

Es al cabo de algunos días que se supo que este enfermo enfisematoso hacia un verdadero abuso de cigarros de datura stramonium.

Con la sola supresión de la causa desapareció por completo la ambliopía á los dos meses.

Un caso de envenenamiento por la cocaina

Pacaud da cuenta en el *Journal des Praticiens* (12 de octubre) de un caso de intoxicación por la cocaina, en un niño de nueve meses. Por un error de la madre se le administró una cucharada de café de una solución de clorhidrato de cocaina (1 en 20). He aquí el estado del niño cuatro horas después de haber ingerido 25 centígramos de cocaina: agitación extrema, caracterizada sobre todo por movimientos incesantes, coreiformes, de todo el cuerpo, pero particularmente de los miembros superiores. La cara está congestionada, las pupilas muy dilatadas, la mirada fija, la cabeza ligeramente echada hacia atrás, rígida, sin movimientos

del cuello; sudores profusos, fríos, cubren su cuerpo. El pulso muy pequeño, es incontable por su frecuencia; la respiración irregular y muy acelerada, la temperatura no pudo ser tomada.

A este período de agitación que ha durado cinco horas, sucedió bruscamente un abatimiento extremo; la cara se volvió pálida, de vultuosa que era, el pulso cada vez más pequeño y el estado sincopal se pronunciaba rápidamente haciendo temer un desenlace fatal. Aun en este período los movimientos coreiformes de los miembros superiores han persistido, si bien muy disminuídos de intensidad y extensión. Bien pronto el niño presentó vómitos muy abundantes, – no había tenido ninguno todavía y una diarrea muy copiosa. Los sudores no habían cesado un instante.

Poco á poco, la palidez de la cara se fué disipando, el pulso se hizo más fuerte y el niño salía progresivanente del estado sincopal.

A las 12 horas de la ingestión de la cocaina, todos los accidentes habían desaparecido, no dejando sino una erupción miliar generalizada, debida probablemente á los sudores.

El tratamiento instituído fué el siguiente: fricciones enérgicas, enemas de tilo cada hora, bebidas calientes muy abundantes (café, té, tilo); cada cuarto de hora, una cucharada de café, de una poción con 50 centígr. de bromuro de potasio y 50 centígr. de cloral.

DR. BENJAMIN ARAOZ

† el 28 de noviembre

Un violento ataque ha puesto fin á la existencia de este distinguido médico que desempeñaba el alto cargo de gobernador de la provincia de Tucumán.

Médico inteligente é ilustrado, las atenciones de la política no le dejaron tiempo bastante para cultivar la ciencia profesional; pero sus cualidades, ya reveladas en diversas ocasiones, y que mostraban en él un espíritu sereno y observador sagaz, lo señalaban como una esperanza que los azares de la vida pública malograron cuando más podía esperarse de su inteligencia y actividad.

Los Anales se asocian al sentimiento general causado por el prematuro y sensible fallecimiento del Dr. Araoz y envía á sus deudos su testimonio de condolencia.

L. G.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 23

Anales del Círculo Médico Argentino

DICIEMBRE 15 DE 1895

Algunas observaciones sobre la fiebre tifoidea en los niños

por el Dr. **Gregorio Aráoz Alfaro**

Médico del servicio de Niños del Hospital San Roque y profesor sustituto de la Facultad de Medicina

Muchas veces, sea en exámenes en nuestra Facultad, sea en consultas, he tenido ocasión de convencerme de lo mal conocidas que son las particularidades que la fiebre tifoidea presenta en la infancia, y como quiera que ellas ofrecen algún interés práctico, he creído conveniente ocuparme siquiera sea someramente, de la cuestión, á propósito de las observaciones personales recogidas en la última epidemia.

Como sucede anualmente, la fiebre tifoidea que sólo se manifiesta en el verano por casos aislados ó poco numerosos, se extendió en otoño del presente año, con caracteres de verdadera epidemia, y continuó, aunque declinando, durante el invierno. Difícil sería calcular con bastante aproximación el número de enfermos que esta epidemia ha producido, puesto que en su gran mayoría han curado y no están anotados, por consiguiente, en las estadísticas del Registro Civil, ni en parte alguna. Fácil es, no obstante, darse cuenta de la importancia que ella asumió en ciertos barrios, por los datos siguientes.

En solo los meses de Marzo, Abril y Mayo, hemos asistido en las salas y Consultorio externo del Hospital San Roque, 30 casos de fiebre tifoidea y 2 en el consultorio del Patronato de la Infancia. En la misma época, poco más ó menos, hemos tenido bajo nuestro cuidado, en el público, 10 tifoideos.

Como se ve, la epidemia había tomado un incremento tal que debía preocupar la atención de las autoridades sanitarias

y comprendiéndolo así, pasé en el mes de Mayo una nota á la dirección general de la Asistencia Pública, denunciándole los casos asistidos en el Hospital San Roque y dándole cuenta de las investigaciones que había hecho sobre el origen probable de la enfermedad.

Esos datos parecían confirmar plenamente las conclusiones á que hoy se ha llegado respecto de la *etiología* de la fiebre tifoidea (1).

Es de notar, en efecto, que mientras los casos de dicha enfermedad aumentaban diariamente en el consultorio gratuito del Hospital, en los barrios centrales de la ciudad sólo se observaban en personas que habían estado veraneando en los pueblos vecinos (especialmente San Isidro, San Fernando y el Tigre, San Martín, etc.) ó en muy raras ocasiones, en sirvientes expuestos por determinadas causas á una contaminación accidental. Así, en nuestra clientela civil, con excepción de dos casos cuya etiología quedó obscura, todos los enfermos pertenecían á los barrios próximos á Palermo.

Ahora bien, estos cuarteles de la ciudad, como los del N. O. próximos al Hospital San Roque, carecen de agua corriente, y sus vecinos se sirven casi exclusivamente de agua de pozos mal construídos y peor mantenidos del punto de vista higiénico.

Así, de todos los casos tratados en el Hospital y en el Patronato de la Infancia, en los cuales la investigacion se hizo también sistemáticamente, sólo uno (Pedro Mazza, calle San Juan 1763) vivía en casa provista de agua corriente. Tan notable era esta coincidencia constante entre el consumo de agua de pozo, y la producción de la fiebre tifoidea, que considerábamos con nuestro distinguido practicante el Sr. Avila, ese dato como de significación bastante grande en favor del diagnóstico aludido, en los casos incipientes en que la duda entre una fiebre gástrica ó intestinal común y una tifoidea se presenta.

En otra casa no había agua corriente, pero los habitantes se proveían de ella, comprándola á los vendedores ambulantes. Insistiendo, sin embargo, en la inquisición de alguna

---

(1) Véase para la última epidemia de París, los trabajos de *Chantemesse*: L'eau de rivière et la fièvre typhoide à Paris.—L'eau de source et la fièvre typhoide.—Semaine Méd., 1894, N. 26 y 27.

causa de infección del agua, se averiguó que ella era depositada en grandes vasijas descubiertas, y que lavanderas que vivían en la casa, y todos los otros inquilinos la utilizaban en común; era fácil entonces suponer que el acarreo continuo de agua por las lavanderas, mientras estaban ocupadas en la limpieza de las ropas, y la introducción reiterada en el depósito común de baldes y manos poco limpias, fueron causa de la contaminación.

Descartando, pues, dos casos en que la investigación no dió resultado, todos los otros pueden ser atribuidos con verosimilitud, por no decir casi seguridad, á la infección del agua de pozo, infección facilísima, dada la pésima construcción de los pozos y las letrinas. Además, en todas las casas en que se tomó desde el momento de la aparición de un caso de fiebre tifoidea, las precauciones necesarias con la limpieza de las manos y esterilización del agua y los alimentos por la filtración, ebullición, etc., no hubo caso alguno de contagio, á pesar de continuar en la casa, y en contacto más ó menos directo con el enfermo, todos los habitantes.

Estas observaciones vendrían á corroborar, pues, una vez más, si tal confirmación fuera aún necesaria, que el contagio de la fiebre tifoidea se hace casi constantemente por el agua de bebida ó por los alimentos contaminados por ella, y que la transmisión por el aire, hábilmente defendida por *Sicard* (1) en una memoria laureada por la Academia de Medicina de París, debe ser enteramente excepcional, si es que existe realmente, como parecerían probarlo algunos casos. Tal es la epidemia citada por *Kuborn*, y trasmitida, al parecer por el aire, á una aldea situada cerca de Amberes (2).

Aun sin contar las llamadas fiebres gástricas, un poco intensas y prolongadas que, según *Chantemesse* y otros autores de nota, no son otra cosa que tifoideas atenuadas, producidas igualmente por el bacilo de *Eberth-Gaffky*, y de las cuales hemos de ocuparnos en otra ocasión, la fiebre tifoidea bien típica es frecuente en la infancia. Ella se presenta sobre todo después de los cinco años; es menos frecuente entre

---

(1) Sicard — De l'air dans la transmission de la fièvre typhoide.—Semaine Médicale, 1892, pág. 21.

(2) Comunicación á la Academia de Medicina de Bruselas, 29 Abril de 1893.

los 2 y los 5 años; rara en los de menor edad. Por debajo de un año, en fin, es enteramente excepcional, y esto se explica perfectamente, por las dificultades que el contagio encuentra, dado que el niño se alimenta en esa época de la vida, casi exclusivamente de leche de la madre, y de diluciones de leche de vaca, bien hervidas por lo general.

Más bien que diferencias de *sintomatología* propiamente dicha, son de *evolución* las particularidades que la fiebre tifoidea presenta en el niño con relación al adulto. En efecto, el cuadro sintomático es con poca diferencia el mismo, pero la fecha de aparición de los síntomas, su duración, su grado de intensidad varían.

Así, por ejemplo, el período de invasión es generalmente más corto en el niño que en el adulto, es decir, la iniciación es más brusca porque ó faltan pródromos ó, siendo poco notables, pasan desapercibidos. Más frecuentemente que en el adulto se encuentra por consiguiente acá excepciones á una de las reglas de *Wunderlich* según la cual no es fiebre tifoidea una enfermedad en que el primer día alcance el termómetro á 40°;—sin embargo, ella se realiza lo más comúnmente, pero siendo más corto el período de oscilaciones ascendentes, llegamos por lo general el 4° ó 5° día, al período de estadío.

Los otros síntomas del primer período son idénticos á los que presenta el adulto; hay son frecuencia un poco de agitación ó delirio y la constipación es en el niño, durante esos días, casi tan frecuente como la diarrea. Las epistasis son igualmente comunes, pero se sabe cuán banales son ellas en la infancia; la cefalalgia y la postración por lo general no alcanzan la intensidad que en el adulto, aunque la temperatura suele ser muy elevada.

Hacia el 5° día, más ó menos, aparece comúnmente el catarro bronquial que acompaña á la fiebre tifoidea como un fenómeno casi constante y por lo general, también la diarrea se ha iniciado ya, sea espontáneamente, sea consecutiva á un purgante. Es relativamente frecuente, sin embargo, que la constipación continúe en todo el curso do la enfermedad, y ella, unida á vómitos que se presentan con facilidad, sobre todo, en el momento posterior á la ingestión de leche, suele poner en perplejidad al médico con respecto al diagnóstico.

La *roseola* falta con frecuencia en el niño; *Marfan*, (1) en un trabajo muy interesante, calcula casi en un 50 % la proporción de casos en que no se presenta este signo y mi observación personal me induce á creer que tal proporción no es exagerada (2). Por lo demás, cuando existe, se presenta casi siempre más precozmente que en el adulto, entre el 4º y 6º día generalmente; acá, como en el adulto, está probado que la presencia ó la abundancia de las manchas rosadas no permiten conclusión pronóstica alguna, como llegaron á pensar clínicos eminentes (*Trousseau* y otros).

He dicho ya que el catarro bronquial se presenta hacia el 5º día y es uno de los síntomas más constantes, llegando á adquirir á veces cierta intensidad. *Goodhart* hace notar que, en muchos casos, el diagnóstico de la fiebre tifoidea en el niño, se hace sólo por la fiebre y la bronquitis, á falta de los otros síntomas.

Durante la segunda semana, la tumefacción del bazo suele notarse á la percusión y á la palpación misma. Este fenómeno está lejos de ser constante desde que *Henoch* (3) sólo ha encontrado el bazo á la palpación en 30 casos sobre 75, y es esa sensiblemente la misma proporción por mí observada.

Al mismo tiempo existen diarrea fétida ó constipación (ya dijimos que ésta es frecuente en los niños), meteorismo más ó menos acentuado y el aspecto particular de la lengua, con su capa saburral en el centro, los bordes y la punta roja y las papilas proeminentes.

El carácter remitente de la fiebre durante el período de estadío ha sido notado por todos los pediátras. Ya insistió mucho sobre él *Cadet de Gassicourt* (4) en un artículo que quedará siempre como uno de los más bellos estudios respecto de este asunto. En efecto, aún en medio del período de estadío, la temperatura presenta casi siempre una remisión bien apreciable por la mañana, remisión que con frecuencia alcanza ó

---

(1) Marfan — La fièvre typhoïde chez les enfants — París — 1894.

(2) Goodhart cree que solo falta en un cuarto de los casos — Traité pratique des maladies des enfants — Trad. franc. de Variot — Paris — 1895.

(3) Henoch — Leçons cliniques sur les maladies des enfants — Trad. franc. — Paris — 1895.

(4) Cadet de Gassicourt — Traité clinique des maladies de l'enfance — Paris 1887.

pasa un poco de un grado. Cuando era estudiante, tuve ocasión de observar varias veces en el servicio del profesor *Blancas* en el Hospital de Clínicas, el tipo llamado inverso de temperatura, es decir, con remisión vesperal y exacerbación matinal; el año pasado pude de nuevo observar la misma marcha de la temperatura en la niñita de un colega que tenía por ese hecho gran temor á la tuberculosis, de la cual algunos autores pretendieron que el tipo inverso de la fiebre era peculiar. A juzgar, pues, por estos casos, debemos decir que dicho tipo no es raro en la fiebre tifoidea de los niños.

Ese carácter remitente de la temperatura permite á la mayor parte de los niños soportar su fiebre mejor que los adultos, sobre todo si por la balneación ó por agentes medicamentosos, se impide que la exacerbación vesperal sea muy elevada. En este caso, muy rara vez se observa delirio ó agitación (1).

El pulso no presenta ninguna particularidad en el niño tifoideo; sufre las mismas variaciones que el del adulto, haciéndose más ó menos frecuente según la cifra térmica, pero aumentando un poco menos, por lo general, el número de pulsaciones que en las otras afecciones febriles de la infancia. Puede verse, por ejemplo, en los cuadros de nuestros enfermitos, niños de 5 ó 6 años, con 39º y sólo 108 ó 110 pulsaciones, mientras que en otras afecciones febriles, no habría menos de 120 con la misma cifra térmica. (Es entendido que no hablo de la escarlatina, caracterizada al contrario por un aumento mucho mayor de la frecuencia del pulso).

La duración del período de estadio raras veces pasa de seis ú ocho días; las remisiones de la temperatura se hacen entonces mayores, sea que se observe ó nó los períodos anfíbolos de *Jaccoud*, menos frecuentes, me parece, en los niños que en los adultos. A veces, la temperatura adquiere al fin el tipo intermitente, y generalmente al cabo de una semana, la fiebre desaparece. En raros casos, suele verse una especie de descenso crítico terminal.

---

(1) La temperatura suele mantenerse á veces muy baja en todo el curso de la fiebre tifoidea. En una niñita que atendía el Dr. *Benjamín D. Martínez* y que ví en consulta con él, puede decirse que hubo apirexia en casi todo el curso de la enfermedad, bien caracterizada por todos los otros síntomas y por el hecho de haberse constituído una epidemia de familia. Dicho colega publicó el caso en *Semana Médica*, de este año.

No he hablado hasta ahora de la remisión térmica que *Wunderlich* designaba con el nombre de remisión del 7º día y que *Jaccoud* especialmente y todos los otros observadores colocan entre el 6º y el 9º generalmente (1). Creo, según lo que me ha sido dado observar, que tal remisión es mucho menos frecuente en los niños por lo menos, de lo que podría suponerse. En mis 43 enfermitos, no la he visto, en efecto, más que dos veces, y eso que he tenido especial cuidado de buscarla porque casi todos ellos han ingresado al hospital en los primeros días de enfermedad y los de mi clientela civil han sido atendidos por mí desde el principio de su afección.

La *evolución* total de la enfermedad dura, como habrá podido verse por la de los períodos indicados, un tiempo bastante menor que en el adulto, hecho bien establecido, por lo demás; según mis observaciones, podría fijarse veinte días como término medio; en casos raros (2 en 42), la fiebre no ha durado sino 15 ó 16 días; en otros 4 se ha prolongado más allá de 25, habiendo alcanzado en uno 30 y en otro 35. Este último (niño de 8 años de mi clientela particular), presentó por lo demás todos los caracteres de un tifoideo adulto y fué en él que pude observar bien neta la remisión del sexto día.

La marcha de la fiebre tifoidea en el niño parece pues, confirmar la regla establecida por el profesor *Jaccoud* para el adulto, según la cual, cuanto más rápidamente alcanza la fiebre su acmé, tanto menor es la duración total del período febril. Según las observaciones mencionadas, quizá podría decirse también que la remisión de *Wunderlich*, que se observa en el período de invasión, sólo se presenta cuando este período es un poco largo y, por consiguiente, cuando la duración total de la afección pasará también de la media ordinaria.

Por lo que respecta á las complicaciones, puede decirse que ellas son raras en la infancia. En mi estadística, que comprende 43 casos atendidos directamente por mí, no he notado ninguna complicación de importancia. Uno de los enfermitos, niño de 3 años, presentó pequeñas placas de gangrena superficial diseminadas en toda la superficie cutánea; se trataba de un caso grave, de fiebre elevada y de larga duración, y el accidente mencionado no impidió la curación perfecta.

---

(1) Jaccoud — Clinique Médicale de la Pitié.

Las hemorragias intestinales son muy raras, y más todavia las perforaciones y peritonitis consecutivas. Todo esto se explica por el hecho, bien constatado por todos los observadores, (*Barthez y Rilliet, Cadet de Gassicourt, Henoch, Baginsky, Goodhart*, etc.,) de que las lesiones de las placas de Peyer son poco avanzadas en los niños y que las ulceraciones no llegan casi nunca á tener la profundidad y extensión que en el adulto.

Las miocarditis son también rarísimas y yo no las he observado sino una vez, en un niño de 13 años que ví en consulta, moribundo ya, en el cual el diagnóstico había sido desconocido en los primeros días, y el tratamiento en mi sentir muy defectuoso, porque no se había combatido las altas temperaturas ni por los baños ni por ningún otro antipirético, ni se le habia practicado antisepsia intestinal, y por fin lo había sido *rigurosamente prohibida* la leche, dándosele solo como bebida caldo y the; la muerte sobrevino, por miocarditis, el 7º día de enfermedad (1).

Dicen los autores que las *broncopneumonias* son relativamente comunes; no me ha sido dado observar tampoco esta complicación. Quizá fué ella la causa de muerte de un niño de diez meses (único fallecido de mi estadística); la dispnea intensa y la tos frecuente me indujeron á sospechar focos centrales porque no había signo físico alguno. Por lo demás, no pudiendo hacerse la autopsia, por tratarse de un enfermo de la clientela civil, no pude resolver la duda. Las *parotiditis*, los *abcesos* se presentan con alguna frecuencia; no sé qué *arteritis* y *polineuritis* hayan sido observadas en los niños.

La recaída se presenta, según los autores, con la misma frecuencia que en los adultos; no la he observado sino una vez y ella fué corta y benigna; en otro caso parecía iniciarse y hasta se hizo al tercer día del nuevo ciclo febril una nueva erupción de manchas rosadas, pero después de un purgante de calomel, la temperatura cayó y todos los fenómenos se disiparon. Nada puedo decir respecto de la opinión de *Jacobi*, de que la persistencia del infarto del bazo, después de terminada la fiebre, indica con probabilidad una recaída.

---

(1) No figura en mi estadistica, en la cual sólo cuento los enfermitos directamente asistidos por mí y no los que he visto en consulta.

Prácticamente el *diagnóstico* no merece ser tratado tan extensamente como lo hacen la mayor parte de los autores.

En efeccto, aparte de la *meningitis tuberculosa*, ó de la *tuberculosis aguda*, de la cual, en la gran mayoria de los casos, la anterior es una manifestacion, sólo puede fácilmente confundirse la fiebre tifoidea del niño con una *fiebre gástrica* prolongada.

El diagnóstico con la *tuberculosis meningea* ó *general*, es por lo general fácil; por escasos que sean los días transcurridos, se nota ya cierto ciclo en la temperatura y en los otros síntomas que aclara el diagnóstico. Sólo en esas formas que se acompañan de vómitos rebeldes, como ha observado Jacobí, por ejemplo, de agitación notable, siendo común la constipación, como lo es en los niños, la duda puede subsistir unos cuantos días. Pero asimismo, la fiebre relativamente elevada desde un principio, la falta de retardo del pulso, y de contracturas y alteraciones pupilares, la facilidad con que la diarrea y los vómitos ceden, la relativa integridad intelectual del niño inclinarán á la fiebre tifoidea, sin contar con que en pocos días la evolución de la enfermedad despejará la incógnita.

Las fiebres llamadas gástricas, ó *embarazos gástricos febriles* ó fiebres de *auto-intoxicación intestinal*, se distinguen á veces muy difícilmente, tanto más cuanto que las manchas rosadas faltan con frecuencia en el niño tifoideo, y que no se observa en él un ciclo térmico tan regular como es generalmente en el adulto. Empero, la confusión no puede prolongarse muchos días, sino con las fiebres gástricas ó intestinales prolongadas, y en ese caso el diagnóstico no tiene interés práctico porque pronóstico y tratamiento son iguales. Aún del punto de vista de la nosología, dijimos ya que muchos sostienen con Chantemesse, que tales fiebres no son sino tifoideas atenuadas, producidas igualmente por el bacilo de Eberth. En todo caso, si el deseo de precisar el diagnóstico nosológico fuera grande, podría recurrirse á la punción del bazo, y cultivos é inoculaciones consecutivas. Aunque falla muchas veces, este procedimiento es útil con frecuencia.

Prácticamente, repito, tal diagnóstico no ofrece gran interés y es difícil de hacer en los primeros días sobre todo en enfermos de consultorio. En nuestros libros del Patronato de la Infancia y del Hospital San Roque, se encontrará un

primer diagnóstico de «fiebre gástrica ó intestinal indeterminada», rectificado luego por el de «fiebre tifoidea», con tanta frecuencia como el caso inverso.

Otras enfermedades no podrán confundirse sino por faltas groseras de examen, que hagan desconocer una *pneumonia tifoidea* (muy rara en el niño, por lo demás) una *osteomielitis infecciosa* ó un foco de *supuración*. La *grippe* es por lo general muy corta en el niño, de principio muy brusco y con determinaciones muy agudas sobre los bronquios ó intestinos; en dos ó tres días, el diagnóstico está resuelto, en caso de duda anterior.

El *paludismo* no existe en nuestra ciudad; con todo si pudiera sospecharse una fiebre remitente palúdica en un niño proveniente de país en que tal afección sea endémica, el ciclo febril, la carencia de los otros síntomas de fiebre tifoidea y por fin, el éxito del tratamiento específico, resolverían bien pronto el problema.

El *pronóstico* es mucho más favorable en la fiebre tifoidea de los niños que en la de los adultos; hay que notar sin embargo, ciertas diferencias según la edad. Ya *Ritliet* y *Barthez* (1) entre otros, hacían observar que la mortalidad es tanto mayor cuanto menor es la edad del niño; el hecho ha sido por todos confirmado. Empero, creo con *Marfan* (2 que estas diferencias de pronóstico pueden precisarse aun más y que debe establecerse al respecto dos categorías de enfermos, los menores de dos años y los mayores; en los primeros, la fiebre tifoidea, por fortuna muy rara, es sumamente grave, sobre todo en las proximidades de un año y el pronóstico es entonces mucho más serio que en el adulto, mientras que en la segunda infancia la enfermedad cura casi constantemente, hecho que ha determinado la fortuna de muchos tratamientos.

En mi estadística, por ejemplo, que comprende 43 enfermitos del hospital y del público, sólo he tenido una defunción, ó sea próximamente el 2 % ó poco más. Ese único muerto fué un niño de 10 meses, destetado ya de modo in-

---

(1) Rilliet, Barthez y Sanné — Traité clinique et pratique des maladies des enfants — 3a edición — 1891 — París.

(2) Loc. cit.

adecuado y que venía de la campaña, de un lugar en que la enfermedad reinaba; este niño presentó convulsiones y quizá, como dije ya, tenía focos centrales de broncopneumonia; en todo caso, sucumbió con síntomas meningeos; — los 42 restantes, mayores de tres años, curaron todos á pesar de que la enfermedad fué en varios muy intensa. Así curó igualmente una niña de 11 años, hemofílica á tal punto que tres meses después de la fiebre tifoidea sobrevinieron hematemesis tan profusas que terminaron por la muerte; ahora bien, en su fiebre tifoidea no presentó hemorragia alguna, á pesar de existir como era de suponer, ulceraciones intestinales. Se trataba de una fiebre tifoidea leve y las ulceraciones debieron ser muy superficiales. ¿Influyó la enfermedad en sus hematemesis ulteriores?

No me detendrá mucho el *tratamiento*, habiendo ya declarado que la afección cura en la gran mayoría de los casos, lo que no significa, sin embargo, que niegue importancia á una terapéutica bien conducida. Si bien no creo que tratamiento alguno sea capaz de hacer abortar la enfermedad, pienso, no obstante, que es quizá posible prevenir algunas complicaciones, ó por lo menos que se puede atenuar considerablemente las molestias provenientes de la gran intensidad de ciertos síntomas.

Sin detenerme á estudiar los diversos métodos propuestos, puesto que no es mi ánimo hacer otra cosa que una modesta relación de mi experiencia personal, diré que basta por lo general un tratamiento bien simple.

He practicado siempre la *antisepsia intestinal*, porque considero que disminuye las fermentaciones originadas, sea por el bacilo de Eberth, sea por sus habituales compañeros en el intestino, y que atenúa, por consiguiente, la intoxicación, caracterizada por la fiebre, la adinamia ó los fenómenos atáxicos, etc. Con ese objeto, he usado siempre el benzonaftol y el salol, aislados ó conjuntamente, á la dosis de 1 ó 2 gramos diarios, agregando aún de 3 á 5 gramos de salicilato de bismuto, en caso de diarrea profusa. He iniciado siempre el tratamiento con un purgante de calomel, y si en el curso de la afección existía constipación, no he temido dar un poco de aceite de ricino, ó calomel de nuevo, ó agregar magnesia calcinada, á la poción antiséptica. Como se ve, he seguido á

este respecto los consejos de *Bouchard* (1) de un modo general.

Como medio de disminuir la fiebre, doy la preferencia á los baños, pero no sigo en esto las indicaciones del sabio francés que acabo de citar. En efecto, los baños iniciados á dos grados menos que la temperatura del enfermo, y progresivamente enfriados durante 15 ó 20 minutos, me han parecido incómodos y poco eficaces; el descenso es escaso, las maniobras molestas, y hay que repetir muchas veces por día el baño, si se quiere mantener una temperatura no muy elevada.

Por otra parte, el método de *Brand*, vulgarizado ya en Alemania, preconizado en Francia con entusiasmo por *Glenard*, *Bouverety*, *Tripier*, *Juhel-Renoy*, *Josiás*, etc., y usado con éxito en nuestra Casa de Aislamiento por el doctor *Penna*, me parece demasiado molesto para el enfermo para que se erija en sistema exclusivo en los niños, afectados comúnmente de fiebre tifoidea poco grave. Por lo demás, los niños se enfrían muy fácilmente y caen en colapsus, y creo que el método de Brand no debe emplearse, así como el de *Jürgensen* (2) que mucho se le parece, sino en casos graves, especialmente de la forma atáxica, ó con verdadera hipertermia.

Por mi parte, me he encontrado siempre bien con dar baños á 35º al principio, luego á 30º y más tarde á 25º cada vez que la temperatura pasaba de 39º ó 39º5, y esto según la manera como el niño soportaba su fiebre. En los casos de mediana intensidad, un baño de 30º, de 10 ó 15 minutos, con afusión fría á la cabeza baja la temperatura entre 1º y 1º5 y mantiene un regular descenso durante varias horas.

Tomo algunas cifras á mis observaciones:

TEMP. ANTES DEL BAÑO	DESPUÉS DEL BAÑO
39.3	38.2
39.7	37.9
39.6	38.0
40.3	39.0
40.3	38.4

Este baño no es desagradable á los enfermitos, y es, como se ve, bastante eficaz. Además, como la temperatura es en

(1) Thérapeutique des maladies infectieuses. — París, 1887.

(2) Citado por Chantemesse in Traité de Charcot-Bouchard, tomo I.

los niños bastante remitente, es raro que se tenga necesidad de repetirlo más de dos ó tres veces por día, sobre todo si, como hago frecuentemente siguiendo la práctica de *Jürgensen*, *Liebermeister*, *Cadet de Gassicourt* y otros, se da en la hora de remisión máxima una buena dosis de quinina (0.40 0.60 ó 0.80 de clorhidrato).

Sólo en casos bastante graves, he tenido que bajar la temperatura del baño á 25°, y en ese caso conviene, si los niños no pasan de 3 ó 4 años, que la inmersión no pase de cinco minutos. Siempre debe ser precedida y seguida de la ingestión de un poco de agua con vino ó coñac.

A fin de no repetir mucho los baños, son muy útiles las lociones con vinagre aromático, preconizadas especialmente por *Jaccoud*.

Si por cualquier causa, no pudiera hacerse uso de los baños, conviene insistir sobre la *quinina* y dar otros antipiréticos, como la *antipirina* por ejemplo, sólo en las horas de exacerbación, dos ó tres veces por día, porque este agente como sus similares ejerce siempre una ligera depresión, circulatoria, á pesar de que es mejor soportado en los niños que en los adultos, habiendo llegado observadores como *Comby* (1) á dar dosis á primera vista excesivas.

Rara vez la diarrea será tan profusa que parezca necesario administrar ópio, como lo hace *Goodhart*, ya citado. El meteorismo disminuye generalmente con la aplicación de compresas frías continuadas sobre el vientre y con enteroclisis de agua fría ó cocimientos excitantes de los movimientos intestinales.

En cuanto al régimen, bastan por lo general la leche en regular cantidad y un poco de caldo dos ó tres veces por día, agua vinosa y una limonada cítrica, ó mejor clorhídrica, útil contra la sed y útil también para remediar en algo la hipoclorhidria que comúnmente existe en las fiebres.

Siguiendo la práctica de *Nothnagel*, y contra lo que se usa generalmente entre nosotros, he permitido á mis enfermitos desde que la declinación de la fiebre se acentúa, el uso de candiales, huevos batidos en el caldo ó muy poco hervidos, gelatinas, jugo de carne hecho en baño maría, y aún sopas

---

(1) Dr. Jules Comby — L'antipyrine en médecine infantile — La Médecine infantile, 1895 — nº 9.

lijeras y sin grasa. Muy rara vez se ha notado lijeras exacerbaciones térmicas; por lo general, todo ha seguido bien, y los niños mejor alimentados, se han repuesto más rápidamente que de ordinario. Para el pan y la carne, sí exijo siempre varios dias de apirexia completa.

En pocas ocasiones, ha sido menester sostener la circulación que amenazaba desfallecer por medio de la cafeina y de mayores cantidades de alcohol. En cuanto á las complicaciones, ya dije que no he tenido ocasión de tratarlas, pero hay que obrar respecto de ellas como con las del adulto.

Observamos una vez una erupción de pústulas de acné. *Chauffard* atribuye este hecho á infección de las glándulas cutáneas por el *staphilococcus albus* muy abundante en el agua que se utiliza para los baños. Un tratamiento antiséptico la hace desaparecer rápidamente.

Hice ya referencia á otro caso de pequeñas gangrenas superficiales, que curaron igualmente bien con un tratamiento antiséptico.

Para terminar recordaré que el único caso de muerte de mi estadística, es un niño de diez meses, que presentó desde el principio hipertermia, y que concluyó en fenómenos meningeos (convulsiones, rigidez de la nuca, etc.,) y gran dispnea á los diez días de enfermedad. Por lo demás, el diagnóstico en este caso no es seguro; aunque el cuadro clínico pareció claro, es posible, dado el modo de terminar, que no se haya tratado de fiebre tifoidea. La autopsia no pudo ser practicada.

UN CASO DE SÍFILIS HEREDITARIA TARDÍA

Por el **Dr. Juan E. Torrent (hijo)**

Médico agregado al consultorio de laringología, otología y rinología de la Asistencia Pública

En la sesión científica del Círculo Médico celebrada el 25 de Septiembre último, hice referencia al caso cuya historia somera he creído deber publicar siquiera sea como comentario y ampliación de la discusión de esa noche.

Considero interesante este caso por la rareza con que los análogos se presentan. Recién á los 25 años tuvo nuestro enfermo las primeras manifestaciones sifilíticas, de origen hereditario. Según la tesis del Dr. E. Ortiz (Sífilis del oído, 1893), el caso más tardío de sordera específica hereditaria se ha observado hasta los 24 años. Un caso de 28 años es referido por Fournier como límite extremo por él observado, si mal no recuerdo; tenía como única manifestación una hiperostosis de la tibia que cedió al tratamiento específico.

Nuestro enfermo, cuya historia se leerá más adelante, si bien es más joven, tiene en cambio la triada típica de Hutchinson: sordera, keratitis intersticial, dientes con *encoche*. Y como para presentárnosla más bella y acabadamente típica, ostenta dos grandes periostosis en las clavículas. Sin haber recorrido toda la literatura sobre el punto, creo que este caso es raro por la edad, por los antecedentes y la presencia de todos los estigmas.

En el hospital de niños, servicio del Dr. F. Pérez, he tenido ocasión de observar varios casos de sífilis hereditaria tardía, desde la edad de 12 á 18 años, así como en otras salas de niños, lo que me ha dado alguna experiencia en el diagnóstico de esta afección. Además, el enfermo de que voy á ocuparme ha sido examinado también por el Dr. Pedro Aysaguer, director del consultorio.

He aquí la historia:

F. U. D., de 26 años, español, cochero, se presenta al consultorio de la Asistencia Pública el día 14 de Septiembre, por una sordera que no le permite percibir ni los ruidos más fuertes.

Antecedentes hereditarios—Los padres murieron siendo él muy niño; el padre fué marino. Ha tenido 14 hermanos mayores que él, que han muerto todos en la primera y segunda infancia; sólo conoció á uno de ellos.

Antecedentes personales—Dice haber gozado de buena salud hasta el año pasado, en que se enfermó por vez primera. No ha contraído enfermedades venéreas ni sífilis.

Hace un año que empezó á sentir dolores nocturnos en las clavículas y en los huesos de las piernas, formándose al mismo tiempo dos periostosis voluminosas en aquellos huesos. Conjuntamente aparecieron la keratitis y la sordera. Ésta apareció lentamente; al mes de sentir las primeras perturbaciones auditivas, experimentó un vértigo intenso, con caída,

sin pérdida de conocimiento, probablemente por ruptura de un aneurisma miliar de las arteriolas del laberinto. Después de este accidente la sordera se acentuó con alternativas de mejoría y agravación. A los 6 meses se estableció absoluta y completamente para la palabra en alta voz.

Estado actual—Individuo de mediana estatura.

Cráneo con dos eminencias frontales muy pronunciadas, los maxilares superiores muy poco desarrollados, como atrofiados, y los molares notablemente sobresalientes.

Presenta una exóstosis como una nuez grande en el tercio medio de cada clavícula.

Aparato auditivo—Desigualdad de tamaño de ambos pabellones; pliegues poco marcados. Tímpanos de color lechoso, de aspecto espesado. Trompas permeables.

Las pruebas de la audición dan el siguiente resultado:

El Weber lateraliza del lado derecho.

El Rinne da para el oído derecho: percepción aerea, 12 segundos; percepción craneana, 11 segundos. Y para el izquierdo: percepción aerea, 12 segundos; percepción craneana, 10 segundos.

Aunque el Rinne es positivo, diagnosticamos sordera del oído medio é interno, porque la percepción aérea está sumamente acortada al par que la craneana. El enfermo no oye el reloj ni la palabra á gritos.

En los *ojos*, se nota una coloración grisácea é infiltración de las córneas y una lijera iritis izquierda.

Los *dientes* son malos; los incisivos pequeños y muy separados entre sí; los medianos superiores son más anchos en la base que en el borde, el cual presenta una *encoche* semilunar á favor de su cara anterior. Los incisivos superiores externos son también evasados. Los incisivos medianos inferiores son afilados, y el izquierdo presenta una escotadura transversal en el borde; los laterales son también más anchos en la base que en la punta.

Los antecedentes, la triada de Hutchinson, las proeminencias frontales, la atrofia de los maxilares superiores, las periostosis claviculares, imponían el diagnóstico de sífilis hereditaria tardía. Fué el del Dr. Aysaguer y el mio.

Buenos Aires, Noviembre de 1895.

TUBERCULOSIS DIFUSA DE LOS NIÑOS

TESIS DEL DR. MARCO AVILA MÉNDEZ — AÑO 1895

Séanos permitido hacer algunas consideraciones sobre algunos puntos de esta interesante tesis, que aborda el autor con gran acopio de datos.

Dice el Dr. Avila refiriéndose á la patogenía, apirexia, cronicidad, etc., de la tuberculosis difusa: «Cuestión es esta que no ha sido discutida, mucho menos ventilada. El silencio y la ignorancia parecen ocultar la duda.» Y cita la opinión del Dr. Araoz Alfaro sobre la influencia que pueda tener la alimentación en la producción de la enfermedad.

Pues bien, es un asunto éste ya perfectamente dilucidado. «Desde que Gerlah reconoció que la leche de las vacas contaminadas podía trasmitir la tuberculosis, numerosas experiencias han venido á confirmar este hecho y á demostrar el papel que juega este líquido en la etiología de la tuberculosis abdominal de la infancia (Klebs, Orth. Conheim.)» Roger en Charcot Bouchard, tomo I, pág. 637.

La opinión de que la apirexia pueda depender de «que en los ganglios pueda estar el bacilo menos expuesto á recibir la concurrencia de otros agentes piógenos» (Araoz Alfaro) parece poner en duda que el bacilo por sí solo pueda producir la fiebre, siendo así que la tuberculosis miliar, sin otros agentes la produce (1). Y por lo que toca á la mayor ó menor producción de toxinas, es esta cuestión biológica del bacilo de Koch que sólo puede resolverse por estudios experimentales. Contentémonos con saber que Arloing ha demostrado la diferencia que existe entre el virus tuberculoso y el escrófulo-

(1) La mente del autor no ha sido poner en duda el hecho bien conocido de que el bacilo de Koch elabora por sí solo materias piretógenas, sino dar su parte á las infecciones secundarias en la producción de la fiebre, puesto que es bien sabido hoy, que en la mayor parte de las tuberculosis crónicas, los microorganismos piógenos se asocian para determinar la fiebre ó la supuración.

(*Nota de la Redacción.*)

tuberculoso, pues aquél se trasmite experimentalmente al conejo y al chanchito y el segundo sólo al chanchito.

El autor cree que el bacilo de Koch se atenúa en el propio organismo humano. ¿Cómo respondería á quien le preguntara si no había ingresado al organismo ya atenuado, y por eso evolucionaba de un modo especial?

Nada es tan pernicioso en nuestro concepto al adelanto de los estudios médicos, como esa exuberante riqueza de hipótesis con que tratamos de explicarnos hasta lo que puede ser del dominio de la experimentación. Y digo pernicioso, porque ¿para qué recurrir á la experimentación prolongada y paciente si nuestro espíritu se contenta con lo que á priori pensamos? Y la prueba de esto es precisamente que los estudios médicos han sido vigorosamente impulsados desde que se abandonó el tenebroso campo de las teorías para entrar en el de la ciencia experimental, la única verdaderamente provechosa.

Lamentamos que no se haya investigado el estado anatómico del tubo digestivo en las observaciones del autor, pues aunque está probado que no son necesarias las lesiones intestinales para la producción de la tuberculosis abdominal, no por eso es menos interesante su investigación. Nosotros hemos observado tuberculosis abdominales aún en adultos, sin lesiones intestinales.

DR. LLAMBIAS MIR.

Diciembre 30 de 1895.

NOTAS TERAPÉUTICAS

Un caso de anemia grave curada por la transfusión de la sangre. — En la sesión del 16 de octubre, *Ewald* refirió que el 25 de mayo había sido llamado para un hombre de 32 años al cual encontró en completo colapso.

Trasportado al hospital y no obstante todos los estimulantes empleados, el estado del enfermo empeoró. Al día siguiente, practicó una transfusión para la cual la esposa

del enfermo, de 25 años de edad, le proporcionó 85 c. m. c. de sangre.

Después de la transfusión, el pulso y la respiración mejoraron rápidamente; al día siguiente, el enfermo comprendía, abría los ojos, movía la cabeza; un día después, comenzó á hablar y desde entonces la mejoría se acentuó notablemente. El examen de la sangre demostró la ausencia de leucocitosis. La orina no contenía, después de la transfusión, ni albúmina ni hemoglobina.

Al tercer día, el examen de la sangre daba 1.250.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico y 29 % de hemoglobina. Después de algunos meses, había 3.500.000 glóbulos rojos por milímetro cúbico y 33 % de hemoglobina. Actualmente, el enfermo padece aun, de tiempo en tiempo, de vértigos; tiene á veces constipación y tinte ictérico de la piel, á veces diarrea. Sufre además de una glositis folicular que dificulta la ingestión de los alimentos.

Sabido es que la anemia perniciosa se complica con lesiones del tubo digestivo, especialmente del estómago: el ácido clorhídrico es sustituído por el ácido láctico. Algunos autores creen que la anemia es la afección primaria y que los desórdenes gástricos son secundarios. *Ewald* piensa que sea todo lo contrario y que la anemia perniciosa esté constituída por una auto-intoxicación. Si tal fuera la verdad, sería probable que la transfusión fuera útil por una acción antitóxica de la sangre inyectada.—(*Sociedad médica de Berlín*).

Tres casos de enfermedad de Basedow tratados quirúrgicamente, por *Tricorni* (de Padua)—Comunicación al 10º Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía.

La historia de la intervención quirúrgica en esta enfermedad ha sido últimamente expuesta en los trabajos de *Stierlin*, *Wette*, *Heydenreich*, *Birner* y *Buschau*, el último de los cuales ha recogido 98 casos; sólo 72 fueron bien observados después de la operación. Entre esos 72 operados, 13 murieron, 18 mejoraron poco ó empeoraron, 25 mejoraron mucho y 16 curaron.

Tricorni ha operado tres mujeres provenientes de la clínica médica de *De Giovanni* con el diagnóstico de enfermedad de Basedow, cuyos tres síntomas capitales existían (exoftalmia taquicardia, bocio). Hizo la tiroidectomía parcial de ambos lados con excelente éxito.

La operación produjo disminución de la frecuencia del pulso, del temblor de las manos y mejoría del estado general.

En una operada, el tumor ha desaparecido desde 3 meses, en otra desde 6 meses.

Probablemente, la enfermedad toma su origen en perturbaciones de la glándula tiroides, cuyos productos anormales determinan trastornos nerviosos. Los hechos que apoyan esta suposición del origen tiroideo primario de la enfermedad, son:

1º. Las inyecciones muy frecuentes de tiroidina en individuos sanos ó afectados de mixedema ó de alguna afección cutánea ó mental, etc., provocan síntomas de la enfermedad de Basedow.

2º. Las inyecciones de extracto de glándula tiroides empeoran todos los síntomas.

3º. La ablación de una pequeña porción de la glándula es seguida de mejoría ó de curación, y de atrofia del resto de la glándula.

4º En la enfermedad de Basedow no se encuentra alteraciones constantes del sistema nervioso.

5º. Del punto de vista de la práctica quirúrgica, el orador cree que, si bien los casos operados apenas llegan á un centenar, los resultados obtenidos hasta hoy autorizan á continuar operando.

No quiere decir por esto el orador, que todos los casos deban tratarse quirúrgicamente, sino solamente aquellos en que el tratamiento médico haya fracasado.

A nuestros lectores.—Pedimos disculpa á los señores socios y suscriptores por la demora de algunos días que ha sufrido el presente número. La pesada tarea de los exámenes anuales en la Facultad de Medicina quita todo el tiempo que, aparte de los quehaceres profesionales, puede dedicarse á la publicación de la revista.

Año XVIII—1895 BUENOS AIRES Tomo XVIII—Nº 24

Anales del Círculo Médico Argentino

DICIEMBRE 31 DE 1895

QUISTES HIDATÍDICOS (1)

1895

por el Dr. **Alejandro Posadas**

Cirujano de la Sala de Niños del Hospital de Clínicas y del Patronato de la infancia

---

Durante este año he visto como quistes hidatídicos, uno de localización rara, en la glándula submaxilar (este quiste era fértil), y varios del hígado y del riñón.

Ya que respecto á etiología y patogenia nada de nuevo tenga que agregar, me detendré sobre todo en su tratamiento, el que hago de una manera que no es común entre nosotros.

Sabido es, que entre los múltiples tratamientos propuestos para estos tumores, los más usados en nuestro país son la punción y aspiración, la laparotomía y marsupialización, ó el drenaje simple, cuando no asientan en las vísceras peritoneales, y finalmente la punción é inyección de líquidos antisépticos, de preferencia el bicloruro de hidrargirio.

La punción y aspiración ha sido uno de los más empleados, pues uno de nuestros más distinguidos cirujanos, hoy muerto, lo consideraba el tratamiento de elección. Punzaba hasta los quistes hidáticos del pulmón; así he visto morírsele uno de los enfermos en la mesa de operaciones.

Este procedimiento, tiene la ventaja de ser una pequeña operación, pero generalmente deja al enfermo en peor condición que antes, pues el quiste supura á menudo, se repro-

---

(1) Capítulo de un libro titulado: *Cirugía de niños. Estadística y observaciones* —próximo á aparecer—1896.

duce, ó cuando se obtiene la dicha curación por este método, queda en la cavidad del tumor preexistente un cuerpo extraño, la membrana fértil, cuya evolución ulterior no conocemos.

La marsupialización ó el drenaje, no tienen, á mi modo de ver, objeto, sino en quistes supurados. Fuera de ellos, considero esta operación, súcia, inútil, peligrosa y engorrosa, por los largos meses de supuración que van á sobrevenir antes de obtener la curación. He visto enfermos marsupializados, que estaban caquécticos por la abundante y larga supuración producida en ellos. Cierto es que los cuidados que con ellos se tenían no eran de los más solícitos.

En cuanto á la punción é inyección de líquidos antisépticos, he tenido siempre la mayor aversión por ella, la creo una mala operación, peligrosa, y sólo ideada por un cirujano basado en consideraciones teóricas y sin práctica en el tratamiento de estos tumores.

Hace tiempo, he pensado que la mejor operación en los quistes hidáticos, debiera ser aquella que permitiera la extirpación completa en lo posible y prematura de estos tumores. Naturalmente, que el tumor hidático no puede extirparse en su totalidad. La membrana fibrosa peri-quística, está casi siempre adherida á vísceras nobles, ó encajada de tal modo en su interior, que su extirpación daría lugar á destrozos de consideración.

Pero, después de haber extraído la membrana fértil y las vesículas hijas en los quistes hidáticos, no debe haber inconveniente ninguno en abandonar la caja fibrosa del tumor en las cavidades esplánicas. En efecto, apenas vaciado uno de estos quistes y extraído la membrana fértil, se ve, al introducir la mano, que las paredes de la membrana peri-quística están en contacto, pues la presión de las vísceras vecinas, desalojadas cuando el tumor existía, las aplican unas contra otras.

La membrana fértil, en los quistes uniloculares de pequeño volumen (huevo de avestruz abajo), es fácil extraerla con su contenido líquido, sin que aquélla se rompa y éste se derrame.

Tiene, en efecto, algunos milímetros de espesor y una gran elasticidad, que hacen eso factible. Desgarrando la membrana fibrosa, con pinzas, ó incindiéndola delicadamente con el bis-

turí y agrandando después esta abertura, por desgarradura ó con las tijeras, me ha sido posible llevar á término la extracción sin ruptura, en la mayor parte de las veces.

Y dado caso que se rompiera y el líquido quístico se derramara en la cavidad peritoneal, (me ha sucedido esto una vez), no creo que esto sea un inconveniente serio.

Yo he observado urticarias en los casos que he visto punzar y en los que yo mismo he punzado; pero, en el caso que acabo de mencionar, no hubo la menor erupción.

Me he detenido, pues, después de haber visto operar muchos quistes hidáticos, después de haber leído mucho de lo escrito por los cirujanos europeos sobre el punto, con menos práctica seguramente que los nuestros, y después de haber operado algunos, en el procedimiento siguiente, que he usado en los casos que van á continuación, los que he operado este año, y que me prometo emplear en lo sucesivo.

Este procedimiento no es aplicable en los quistes supurados, — ni lo es tampoco en aquellos que asientan en un órgano extirpable, por ejemplo, el epiploon, ovario, etc., cuando no están muy adheridos, pues en esta última emergencia es posible naturalmente la extirpación completa.

Se desgarra cuidadosamente la membrana peri-quística, con dos pinzas de dientes, ó se incinde cuidadosamente con el bisturí. Se evita de herir la membrana fértil, que aparece inmediatamente blanco-lechosa en el fondo de la herida, y que tiene gran tendencia á hacer hernia en ella, en los casos de gran tensión del líquido quístico, la mayoría ó la casi totalidad. En seguida se agranda la desgarradura de la membrana peri-quística, por medio de tracciones ó con las tijeras manteniendo al mismo tiempo cuidadosamente la membrana fértil; cuando juzgo la abertura suficiente, extraigo ésta con el mayor cuidado, para evitar su ruptura. Una vez ésta extraída y comprobado que el líquido que contiene es claro, transparente, si la membrana peri-quística no tiene adherencias con órganos, como intestinos, vejiga, etc., ó no está incluída en el espesor de un órgano, reseco de ella lo que es posible. Con resección ó sin ella, en los casos en que ésta no es posible, seco cuidadosamente la sangre ó el líquido quístico que pueden haber caído en su cavidad, y cierro ésta con suturas, tratando de disminuirla todo lo posible. Finalmente, la abandono al interior y reuno por completo la herida, como

en una laparotomía ordinaria. Así obtengo curaciones por 1ª intención á los ocho días.

Cuando existe la menor duda respecto de la asepsia del líquido quístico, más vale marsupializar. Esto es lo ocurrido en una de las observaciones que siguen. Una niñita, quince días antes de entrar á la sala, con un quiste hidatídico, había tenido un sarampión. El aspecto turbio del líquido me decidió á hacer una marsupialización.

Creo que procediendo así, se evitan al enfermo la recidiva y la larga supuración á que antes estaba condenado.

Además, este modo de operar, una vez experimentado, habrá de sustituirse en el encéfalo al drenaje. Dada, en efecto, la frecuente comunicación de los quistes hidáticos cerebrales con los ventrículos, ¿cuántos afectados de estos tumores, operados y drenados, no han muerto á consecuencia de que el drenaje daba continua salida al líquido cefalo-raquideo, y con él á la vida? Yo, por mi parte, tengo un desastre ocurrido así, y bastarecorrer las estadísticas de otros cirujanos para convencerse de la frecuencia de este accidente.

No dejaré de agregar, que aunque hace tiempo pienso operar de la manera que lo hago hoy los quistes hidáticos, he visto ya apuntada la idea en una revista europea, cuyo nombre no recuerdo. Se trata de un médico irlandés que aconseja empíricamente este tratamiento.

Mis primeros operados de esta manera datan de abril de este año (1895). En estos últimos días he oído decir que el profesor Alejandro Castro opera del mismo modo los quistes hidáticos en el Hospital de Niños.

Las dos primeras observaciones que siguen son las de dos hermanos, hijos de padres extranjeros y residentes en Capilla del Señor. Son interesantes porque prueban una vez más, la facilidad de la infección en ciertos medios.

Observación núm. 1 — Primitiva Larrea — 6 años. — Quiste hidatídico monolocular, de la glándula submaxilar izquierda. Tamaño de un huevo de pato.

Después de un ataque de coqueluche, primera enfermedad que sufre esta niña según los padres, y hará como cuatro meses, que notaron un pequeño tumor, no doloroso, móvil, que ellos atribuyen á aquella enfermedad y que se ha desarrollado paulatinamente hasta llegar á deformar por completo la región de la glándula submaxilar izquierda. El tumor, que

hace una eminencia grande en la región que ocupa, es de forma ovoidea, liso, resistente, adhiere fuertemente y por casi toda su base á las partes profundas. La piel que lo cubre es perfectamente movible sobre él. Presenta algunas ramificaciones venosas. El tumor no adhiere al maxilar inferior. No hay ganglios infartados. La niña no tiene muelas cariadas ni úlceras bucales. No tiene nada de tuberculosa en sus antecedentes. Todos estos caracteres me hicieron pensar en un quiste hidático. El tumor no era congénito y era transparente.

Sin punzarlo, después de hacer una incisión sobre la piel y la grasa, llegué á la membrana periquística, la desgarré con una pinza de dientes, agrandé la abertura, extraje la membrana fértil íntegra, resequé casi la totalidad de la membrana fibrosa, no dejando sino la parte más profunda alojada en el espesor de la glándula submaxilar. Esta estaba reducida á una delgada lámina. Suturé con catgut encima de ella los restos de la membrana periquística. Reuní la piel con drenaje, pues la herida era muy anfractuosa. Curó por 1ª intención — la membrana fértil contenia líquido claro y presentaba la superficie interna erizada de cabezas de tenia equinococo.

El diagnóstico se habia hecho. Quiste hidático muscular;— de los que yo he visto ya varios en la región del cuello.

Observación núm. 2 — Xavier Larrea — 3 años. — Quiste hidatídico del hígado — Tumor del flanco derecho del vientre que data de un año — No es ni ha sido nunca doloroso. No ha producido nunca trastornos digestivos de ninguna especie. No ha dado lugar á urticaria. No hay traumatismo alguno á que pueda ser atribuída la localización del tumor. La deformación que notan los padres en el vientre se ha desarrollado lentamente.

Actualmente, ocupando el hipocondrio derecho y bajando hacia abajo de él, hay tumor cuyos límites se confunden con los del hígado, que se mueve con esta víscera en los movimientos respiratorios y que es mate en toda su extensión. Es liso, redondeado, renitente. La mayor eminencia del tumor, asienta por encima del nivel del ombligo, entre la línea media y la mamaria. Esta mayor elevación es del tamaño de un puño.

Laparotomía lateral, en el borde externo del recto abdominal derecho. Se encuentra alojado en el espesor del hígado

un tumor del tamaño de un coco. La superficie del hígado al nivel del tumor, pierde el color rojo vinoso que tiene en el resto, para adquirir una coloración blanco-rojiza. Incindiendo con cuidado el hígado á este nivel, se llega después de atravesar una capa de tejido hepático esclerosado como de 0.01 centímetro, á la membrana fértil, que hace inmediatamente eminencia en la herida. Se saca con cuidado sin que se rompa. Se seca la cavidad que queda en el espesor del hígado, tocándola luego con un tapón embebido en ácido fénico al 5 por 100 y finalmente se la achica en lo posible con suturas de catgut. El hígado al nivel del tumor no tenía adherencias con ningún órgano abdominal. La organización de la membrana fibrosa periquística no estaba todavía muy adelantada, porque se encuentra aún en ella mucho tejido hepático. El tumor estaba alojado en el lóbulo derecho del hígado. El quiste extraído era unilocular, no tenía vasículos fijos y tenía su superficie interna llena de scolex de equinococo.

Se hicieron dos planos con catgut, del peritoneo y de los músculos. Se reunió la piel con crin de Florencia sin drenaje. La curación se obtuvo por 1ª intención sin accidentes.

Observación Nº 3 — Antonio Frumento — 10 años — Quiste hidatídico del hígado. Tumor del flanco derecho que deforma el hipocondrio correspondiente. Se toca el hígado, grande, liso y rechazado hacia la pared anterior del vientre. La afección data de dos meses. Hay gran desarrollo de circulación venosa en la piel de la región correspondiente. No ha tenido nunca urticaria ni trastornos digestivos. El tumor produce crisis dolorosas. Todo el hígado y la tumefacción correspondiente se desplaza en los movimientos respiratorios.

Este enfermo, de diagnóstico oscuro, pues el quiste era de la cara inferior del lóbulo derecho y se había desarrollado hacia atrás, estando cubierto por el reborde anterior del hígado, fué sometido á observación durante quince días, y el crecimiento rápido de la neoformación poco dolorosa, me hizo confirmar en mi diagnóstico de quiste hidático de la cara inferior del hígado.

Laparotomía lateral, siguiendo el reborde de las falsas costillas derechas — y teniendo su medio, la incisión, en la línea mamaria : se cae sobre el reborde anterior del hígado, de un color rojo vinoso acentuado y con gran tendencia á hacer hernia en la herida. Levantado hacia arriba este reborde, es

posible insinuar la mano hacia la cara inferior del órgano y se siente entonces un tumor redondeado, liso, renitente, hemisférico, insertado por una ancha base en la cara inferior del lóbulo derecho del hígado, adherente hacia abajo al colon transverso y al epiploon mayor. Manteniendo entonces el hígado levantado, trato de incindir con cuidado la membrana periquística del tumor, pero la excesiva tensión del líquido hace salir violentamente la membrana fértil, que es interesada por el cuchillo y gran parte de líquido quístico se derrama en el peritoneo. El contenido quístico era claro, no había vesículas hijas.

Se seca la cavidad peritoneal con compresas. No se pudo resecar parte de la membrana peri-quística por sus adherencias al colon y al epiploon. Se disminuye en lo posible la cavidad con suturas de catgut. La cavidad restante en el hígado, fué llenada por otra parte como en otros casos, por el descenso del hígado y por el ascenso del intestino. Sutura del peritoneo y músculos en dos planos. Sutura continua de la piel con catgut. Reunión por 1ª intención sin accidentes de ninguna clase.

Observación Nº 4 — Laurinda Perez — 7 años — Quiste hidatídico del riñón izquierdo — tumor de la región renal izquierda, del tamaño de un huevo de avestruz, cuya parte superior se oculta debajo del reborde de las falsas costillas izquierdas, cuya parte inferior llega á tres traveses de dedo por debajo del ombligo. El tumor es liso, redondeado, renitente. Por delante de él se sienten deslizar asas intestinales. Es timpánico á la percusión. No deforma hacia atrás la región renal, por el contrario hace una eminencia bien visible hacia adelante en el borde externo del recto abdominal correspondiente. El tumor tiene un año de evolución. No ha sido doloroso, ni ha dado lugar á trastornos de ninguna especie. En estos dos últimos meses, su crecimiento ha sido muy rápido. Laparotomía lateral en el borde externo del recto inquierdo. Se abre la cavidad peritoneal, se rechaza hacia el flanco derecho el intestino. El colon descendente está desplazado hacia adentro por el tumor. Incisión del peritoneo posterior, disección y separación de la membrana periquística. Este peritoneo posterior es fijado con pinzas al anterior, de modo á operar por fuera del peritoneo.

Desgarradura con pinzas de dientes de la membrana fi-

brosa. Hernia de la membrana fertil. Se agranda la abertura y se extrae ésta con su contenido sin que se rompa. Resección de la casi totalidad de la membrana periquística; solo se deja un pequeño trozo adherente al riñón, que se halla convertido en una delgada lámina. Se sutura con puntos de catgut encima de él.

Suturé músculos y peritoneo en un plano con seda, por no tener catgut. Sutura de la piel con crin. Supura la herida, se elimina la seda de la pared. No hubo nunca la menor reacción peritoneal. El quiste se había originado en el borde convexo del riñón. Era del tamaño de un huevo de avestruz. Era fértil. Unilocular. No contenía vesículas hijos.

Observación Nº 5 — María Stella — 7 años Quiste hidatídico del hígado — Tratado por la marsupialización. Tumor del tamaño de una cabeza de adulto del flanco derecho del vientre. La afección data de un año. Es atribuída á un traumatismo. Ha crecido con rapidez. No ha dado nunca dolores ni trastornos de ninguna especie. Los padres solo se han alarmado por el tamaño siempre creciente de la deformación.

El tumor se mueve con el hígado, en los movimientos respiratorios.

Es liso, redondeado, renitente, no doloroso á la presión ni á la percusión que es mate.

Laparotomía paralela al reborde costal derecho. La membrana conjuntiva periquística, adherida al peritoneo. Al desgarrarla se rompe la membrana fértil y da salida á líquido turbio — opalescente. La enferma había sufrido hacía como quince días sarampión. Temiendo una supuración del quiste no me animé á cerrarlo y lo drené.

El quiste era unilocular, fértil, no tenía vesículas hijos.

Siguió muy bien. Contrajo escarlatina en la sala. Se la llevó á Aislamiento. Volvió en Diciembre 24, al mes de irse y á los tres de operación, curada de su afección. La herida estaba cerrada.

Observación Nº 6 — Este enfermo no fué operado. Contrajo escarlatina mientras se preparaba para ello, y trasladado á Aislamiento murió allí.

Tenía un quiste del lóbulo derecho del hígado y otro más hacia la izquierda, que parecía asentar en el lóbulo izquierdo. Parecían independientes. Los tumores eran lisos, renitentes, redondeados, mates á la percusión. Deforman completa-

mente la región que ocupan por su gran volumen, ensanchando considerablemente la base del tórax. Hay circulación venosa cutánea desarrollada.

Este caso es citado únicamente como observación de quiste hidático, para la estadística de estos tumores.

En todos los quistes observados, no ha existido el fenómeno de estremecimiento hidático.

Dos de ellos eran del Monte, dos de Capilla del Señor, y uno de Barracas.

Todos se han curado, pues el que sucumbió lo fué por afecciones intercurrentes y antes de ser operado.

Si este tratamiento de la extirpación completa, es pues sin peligro, si garante mejor que ninguno la curación completa más rápida y radical, es evidente que debe ser preferido.

¿Cuántos quistes punzados ó punzados y lavados con soluciones antisépticas han recidivado? Yo podría citar algunos, en adultos, que he tenido luego que laparotomizar.

¿Cuántos han supurado igualmente después de esta punción? Podría citar igualmente muchos.

CORRESPONDENCIA DE BERNA

La pilorectomía; manual operatorio del profesor Kocher

Sin desconocer los beneficios que presta la gastro-enterostomía como operación paliativa, el profesor Kocher piensa que la pilorectomía es la operación del porvenir para los carcinomas del estómago. Mientras que con la gastro-enterostomía la vida del enfermo apenas es alargada de un año, con la pilorectomía se han citado casos en que la vida se ha prolongado varios años. Los casos de Wölfler, Rydygier y Billroth son muy demostrativos á este respecto, especialmente un caso de Wölfler en que la vida se prolongó por

espacio de cinco años, en condiciones de salud bastante satisfactorias. La estadística del profesor Kocher cuenta dos casos sumamente interesantes. El primero se refiere á una mujer que sucumbió tres años después de la pilorectomía, debido á una simple estenosis cicatricial, y sin que el profesor Langhaus pudiera constatar por el microscopio una recidiva local. El segundo caso se refiere también á una mujer que ha sido operada hace más de seis años y que se conserva actualmente en perfecto estado de salud, haciendo pensar al profesor Kocher que la curación ha sido radical. En este último caso no hay duda de que se trataba de un carcinoma, pues así lo ha demostrado el examen de la pieza hecho por el profesor Langhaus.

En los carcinomas del estómago sucede con demasiada frecuencia que los enfermos se presentan demasiado tarde al cirujano, y se asombran cuando se les dice que una operación habría sido posible. Lo esencial en los carcinomas consiste en hacer un diagnóstico precoz para operar inmediatamente; en este sentido convendría llamar la atención de aquellos médicos que malogran el momento oportuno, ya sea en las interminables investigaciones del ácido clorhídrico para fundar el diagnóstico, ó lo que es mucho peor, instituyendo un tratamiento con el clorato de potasio ú otra sustancia ineficaz cualquiera.

Para la resección del estómago conviene buscar un procedimiento que asegure al máximum el resultado inmediato de la operación, es decir, que dé la menor mortalidad post-operatoria. Las primeras resecciones del estómago hechas por el profesor Kocher lo fueron siguiendo el procedimiento aconsejado por Billroth y Wölfler, que consiste en resecar la neoplasia, cerrar el estómago y el duodeno, y establecer en seguida una gastro-yeyunostomía; ó bien empezar la operación con la gastro-enterostomía, extirpar la neoplasia, y cerrar después el estómago y el duodeno. El profesor Kocher hizo diez y seis resecciones del estómago siguiendo este procedimiento, y la mortalidad operatoria alcanzó á 66 %. Actualmente el profesor Kocher emplea un procedimiento que le es personal, y que consiste en extirpar la neoplasia, cerrar el estómago y anastomosar el duodeno con la cara posterior del estómago, haciendo una gastro-duodenostomía posterior. De diez operados por este procedimiento,

sólo han muerto dos; la mortalidad ha descendido pues al 20 %.

Voy á consignar un extracto del manual operatorio de la pilorectomía que el profesor Kocher describe en su libro de operaciones; después haré conocer las modificaciones introducidas últimamente por su autor.

Incisión de 10 á 15 centímetros en la línea media, entre el apéndice xifoides y el ombligo. Abierto el peritoneo, se desprende las inserciones de los dos epiplones, todo á lo largo de las dos curvaduras del estómago y en la extensión del tumor; al desprender las inserciones de los epiplones se ligará los vasos que se lesione y se tratará de no interesar los grandes vasos rechazándolos á un lado. Una vez que el tumor ha quedado aislado de las inserciones epiploicas, entonces se procede á la colocación de los *clamps*. Del lado del duodeno se colocará dos *clamps:* uno en el límite del tumor y otro algunos milímetros más lejos sobre el intestino sano; del lado del estómago se colocará también dos *clamps*, pero no paralelamente como los anteriores, sino que un *clamps* abrazará la curvadura menor y el otro la mayor, de manera que los dos clamps estén en una misma línea y que sus puntas casi se toquen. Todos los *clamps* serán apretados vigorosamente, sin tener el peligro de la necrosis, que no existe.

Colocados los *clamps*, y antes de proceder á la extirpación del tumor, un ayudante abraza las curvaduras mayor y menor del estómago entre los dedos índice y medio de cada mano, y trata de hacer una compresión eficaz del órgano, especialmente en el momento en que se secciona el estómago entre los *clamps* y los dedos del ayudante. Para extirpar el tumor se empieza por seccionar el duodeno entre los dos clamps y la superficie de sección que resulta es desinfectada cuidadosamente con la solución de sublimado al 1 ‰; el cabo duodenal en conexión con el tumor es envuelto en una compresa y tomado con la mano izquierda, mientras que con la mano derecha se secciona el estómago entre los *clamps* y los dedos del ayudante.

Extirpado el tumor, se desinfecta la superficie de sección del estómago y se liga los vasos que dan sangre. Después se cierra el estómago por medio de dos suturas: 1º, una sutura continua en la cual la aguja toma el espesor íntegro de

las paredes estomacales; y 2º, una sutura continua sero-serosa ó de Lembert.

Una vez cerrado el estómago, se disponen las cosas de una manera conveniente para hacer la gastro-duodenostomía posterior. El ayudante empuña vigorosamente el estómago con las dos manos y le hace sufrir una ligera rotación para poner accesible la cara posterior del órgano; al mismo tiempo el duodeno es colocado entre el estómago y el borde derecho de la herida abdominal, y es mantenido allí comprimido, mientras el cirujano hace la anastomosis gastro-duodenal.

Sobre esta anastomosis no doy detalles particulares porque el profesor Kocher la practica siguiendo los principios generales de la anastomosis de un cabo intestinal con una víscera hueca.

La operación se termina lavando las vísceras con agua salada, reduciéndolas al abdómen, toillette peritoneal y sutura de la herida abdominal en dos planos: uno peritoneo-muscular y el otro cutáneo.

En una pilorectomía que le he visto practicar, he notado que el profesor Kocher introdujo una modificación muy importante á la técnica operatoria descrita; esa modificación concierne á la sección y sutura del estómago. En lugar de seccionar el estómago en un solo tiempo y proceder después á la sutura, el profesor Kocher, en el caso aludido, seccionó el estómago á pequeños golpes de bisturí y después cada golpe procedía á suturar la porción que había abierto; de este modo la sección del estómago y la sutura terminaron casi contemporáneamente. Este modo de proceder presenta las ventajas de que la hemostasia se va haciendo lo mismo que la sutura, después de cada golpe de bisturí, con lo que se reducen la pérdida de sangre y el peligro de que salga un poco del contenido estomacal.

En este caso se trataba de un carcinoma del píloro que existía por la pequeña curvadura hasta cerca del cardias; por este motivo la sección del estómago tuvo que hacerse muy oblícua con relación al eje vertical del órgano, y fué necesario emplear cuatro *clamps* en el estómago que se fueron escalonando á medida que se hacía la sección del estómago.

Tres cuestiones á las cuales el profesor Kocher atribuye una gran importancia en la pilorectomía, se refieren al

uso de los antisépticos, modo de hacer la sutura y empleo de los *clamps*.

La pilorectomía se practicará lo más asépticamente posible; se debe ser muy parco en el empleo de los antisépticos porque ellos contribuyen también á la producción del colapso post-operatorio.

Tanto para el estómago como para el intestino el profesor Kocher recomienda la sutura continua, pues la considera la única capaz de dar una seguridad absoluta respecto de la oclusión exacta.

El primer plano de sutura se hará tomando todo el espesor de las paredes del estómago; pues la sutura, practicada así es la única que, además de la oclusión, asegura una hemostasia perfecta y se opone á la producción de las hemorragias secundarias. El segundo plano de sutura consistirá en una sutura continua sero-serosa ó de Lembert. Como material de sutura, el profesor Kocher emplea la seda y la recomienda calurosamente.

Haciendo una pequeña digresión, quiero consignar aquí que para la enterorrafia el profesor Kocher también emplea la seda y la sutura continua en dos planos. El primer plano consiste en una sutura continua circular, que comprende todo el espesor de las paredes intestinales; el segundo plano consiste en una sutura continua circular, sero-serosa.

Es ya muy sabido que el profesor Kocher coloca los *clamps* directamente sobre el estómago, ó el intestino, sin interposición de tubos de goma ni cuerpo protector alguno. El profesor Kocher asegura que este modo de proceder no determina la gangrena de las partes comprimidas, si se hace una sutura bien hecha y se procede con asepsia. El empleo de los *clamps* en las recepciones del estómago ó del intestino presenta muchas ventajas; las principales son las siguientes: permiten limitar exactamente las partes qne se van á escindir, hacen una oclusión perfecta é impiden la salida del contenido de las vísceras en el momento de la sección de las mismas; los *clamps* facilitan enormemente la sección del estómago ó del intestino, y permiten hacer esta sección regularmente y en el sentido que se haya establecido de antemano.

En el tratamiento post-operatorio de los pilorectomizados, como de los resecados de intestinos y operados de vientre en general, las infusiones de agua salada juegan un rol importan-

tísimo. En la clínica del profesor Kocher se inyecta durante los tres ó cuatro días que siguen á la operación, hasta tres y cuatro litros de agua salada en el tejido celular de los muslos ó de los flancos; los operados soportan sin accidente estas infusiones y parecen beneficiar mucho de ellas. El ópio no se emplea nunca después de las resecciones del estómago ó del intestino. En cuanto á la alimentación, los resecados de estómago ó intestino, durante los primeros días sólo toman agua esterilizada, leche con té y á veces vino champagne helado; la alimentación es completada con los enemas de peptonas, de 60 á 80 gramos diarios.

Doctor Nicolás Repetto
Asistente agregado de la Clínica
Corresponsal del Círculo Médico.

REVISTA DE LA PRENSA EXTRANJERA

Las cirrosis hepáticas en la infancia, por Edwards—El autor estudió con *Gray*, desde 1880. las cirrosis de los niños y últimamente ha podido seguir el curso de la afección en un muchacho de 12 años, durante dos años hasta la muerte.

A la autopsia, hecha 6 horas después, se encontró que el hígado pesaba apenas 665 gramos; la vesícula biliar parecía normal, la mucosa un poco espesa, no había cálculos y sí solamente un poco de bilis bastante densa. El examen microscópico de cortes de hígado demostró todas las lesiones caraterísticas de la *cirrosis atrófica vulgar*. Los otros órganos presentaban las lesiones que en tal caso suele observarse: bazo aumentado de volumen y congestionado, peritoneo espesado, etc. Había nefritis intersticial, y en el apéndice vermicular se notaba una pequeña placa de gangrena, aún sin perforación, que se habría producido seguramente en pocos días más.

Desde el clásico trabajo de *Howard* y la publicación de *Edwards*, la cirrosis del hígado en los niños llamó la atención de los médicos y hoy se sabe que la afección no es rara, como antes se pensaba. El curso de la enfermedad en

el niño no difiere grandemente de la del adulto, y el diagnóstico y el pronóstico son idénticos.

El *alcoholismo* tiene en las cirrosis infantiles la misma funesta acción etiólogica que en el adulto. Las diversas *fiebres eruptivas* tienen una gran influencia en la génesis de la enfermedad y parece existir una relación marcada de causa á efecto. *Stack* en una estadística de 20 casos, por debajo de 12 años de edad, no observó un solo caso debido al alcoholismo; en 5, la enfermedad había empezado después de un ataque de *escarlatina*, 6 habían sufrido *sarampión*, pero en estos casos la relación no parecia tan bien establecida como en los anteriores. De esta estadística se deduce pues que la cirrosis se une frecuentemente á la nefritis.

Jollye refiere dos casos de cirrosis en dos hermanos, después de un ataque de sarampión, *Ormerod* ha observado en un solo caso la cirrosis hepática asociada á síntomas nerviosos muy oscuros, y *Gowers* observó en un enfermito síntomas análogas á los de la córea y de la tetania, pero la autopsia no reveló lesión nerviosa alguna. Esta constatación tiene importancia porque varios autores alemanes creen que la afección está en íntima relación de dependencia con el reblandecimiento en la vecindad de los núcleos lenticulares

Los autores anteriores consideraban la enfermednd como debida á una infección. *Neumann* públicó un caso de cirrosis hepática congénita, dependiente probablemente de la sífilis y en el cual la muerte se produjo al cabo de algunos meses. *Hansemann* refirió un caso idéntico y *Espine* el de un muchacho de 6 años, cuya enfermedad duró tres, con ictericia y ascitis durante los últimos dos años, pero sin albuminuria, y en cuya autopsia se encontró gran desarrollo de tejido conjuntivo periportal. *Bouchard*, refiriéndose á este caso, combate la opinión de que pueda ser debido á sífilis. *Jollye*, en dos muchachos que abusaban del vinagre, observó cirrosis hepática, que puso en relación con la disminución de la secreción gástrica y consecutiva formación de albumosas y sustancias análogas que, penetrando en el sistema de la porta determinaron la hiperplasia conjuntiva.

Stack cree que la sífilis, el alcohol y la malaria determinan un 50 % de los casos de cirrosis y que las otras causas más comunes son las fiebres eruptivas y todos los errores diéteticos. *Brown*, refiere el caso de un muchacho, de

9 años, en el cual la cirrosis hepática parecía directamente producida por continuos errores de alimentación y *Ghosh* al referir casos de cirrosis en niños menores de 2 años, admite que la causa es siempre la mala dieta.

Osler, en fin, cree que en la cirrosis de la primera edad, el alcohol y la sífilis ocupan el primer puesto, pero que las causas ocasionales importantes son las diversas fiebres exantemáticas. (*Pacific Medical Journal*, Octubre 1895).

Un caso de pseudo-leucemia curado con las inyecciones subcutáneas de arsénico, por *Katzenstein*—Se trata de un hombre de 37 años que desde 2 meses próximamente presentaba tumefacciones ganglionares en todo el cuerpo, las cuales no provocaban ni dolor ni ningun otro síntoma. Además, tenía desde algunas semanas un fuerte dolor bajo el arco costal izquierdo y sufría de insomnio, inapetencia y debilidad general. El enfermo tenía el aspecto de un individuo caquéctico y muy enflaquecido; presentaba catarro bronquial y gran tumefacción del bazo. El examen de la sangre reveló 4.720,000 glóbulos rojos y 12.000 blancos, existiendo células eosinófilas y faltando poiquilocitos y glóbulos rojos nucleados.

El autor suministró durante 6 meses el licor de Fowler en inyecciones hipodérmicas comenzando por 0.10 gramos y aumentando 0.05 gramos cada día hasta llegar á un gramo. Cada dos semanas, se hacia una pausa de algunos días. Con este tratamiento desaparecieron las tumefacciones ganglionares y el bazo se redujo al volúmen normal. El estado general se hizo bueno, y la curación se mantenía 5 meses despues de haber sido dado de alta el enfermo.—(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin*; Bd. 56, H. 1 y 2, 1895)

Contribución á la patogenia de la acromegalia, por Tamburini—Los casos de acromegalia con examen anátomopatológico, registrados en la literatura médica, no son hasta ahora sino veinte próximamente, uno de los cuales pertenece al autor.

Del examen de tales casos resulta que una lesión de la

hipófisis es lo que más frecuentemente se encuentra; en los casos indudables y típicos de acromegalia, la hipófisis no está jamás normal y su lesión está constituida generalmente por un tumor ó por lo menos, por una hipertrofia del órgano. En cuanto á la naturaleza del tumor, se tiene más frecuentemente un adenoma ó un linfoadenoma, pero se ha encontrado aun un gl oma, un sarcoma y otras especies no bien definidas. Así, en un caso de *Lancereaux* se encontró un tumor de contenido líquido, claro seroso; en un enfermo de *Duchesnau* una neoplasia con un líquido color de vino en uno de *Dana* un tumor conteniendo líquido sero sanguinolento, por fin en uno de *Gauthier* un tumor semejante á la sustancia cerebral (?).

Otros órganos que frecuente, más no constantemente, se encuentran alterados son la tiroides y los ganglios y nervios simpáticos. Estos últimos estaban hipertrofiados en 6 casos; normales en 2; nada sabemos de los otros casos. La tiroides estaba hipertrofiada en 9 casos, atrofiada en uno, normal en 3; nada se dice de esta glándula en las otras observaciones.

Notóse también en 8 casos la persistencia del timo. Parece pues que la única lesión constantemente encontrada en los casos típicos de acromegalia es un tumor, ó por lo menos un engrosamiento hipertrófico de la hipófisis.—(*Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale*, 30 Septiembre de 1895.)

Tres casos de esplenectomia, por SUTTON—Merecen narrarse detenidamente tres esplenectomias practicadas por el autor con éxito favorable, en solo tres semanas.

En el primer caso, tratábase de una muchacha de 16 años, muy delgada y afectada de ictericia profunda. Al examen presentaba en el abdomen un voluminoso tumor que se extendía desde debajo de las costillas hasta la pelvis. La neoformación era sólida, no presentaba fenómeno alguno á la auscultación y databa ya de 5 años; solo en los últimos dos años, la enferma sufrió sensación de estiramiento molesto é ictericia. El examen de la sangre dió 4.500,000 hematies por mmc. y lencocitos en proporción de 1 por 122

de glóbulos rojos. Hizose diagnóstico de hipertrofía del bazo y con una incisión á lo largo de la linea semilunar izquierda se cayó sobre la viscera que, de debajo del diafragma, casi llegaba al útero. Ligóse las arterias más importantes, fijóse el ligamento suspensor y terminóse la operación lo más pronto posible. El bazo pesaba casi un kilogramo y examinado al microscopio, no reveló alteración alguna de estructura.—*Curación*.

En el segundo caso, la enferma era una niñita de 5 años, con un tumor al lado izquierdo del abdómen, diagnosticado como debido á la hipertrofía del bazo. Este se extendía hasta el espacio ileo costal y se introducia hasta la fosa iliaca. Al exámen podía sentirse su escotadura característica. Con un exámen prolijo, pudo excluirse la leucocitemía, el raquitismo, la sifilis y la degeneración lardacea de los organos, é hizose la esplenectomía que fué seguida de éxito.—La viscera pesaba 250 gramos.—*Curación*.

En un tercer caso, en fin, tratábase de una mujer de 36 años que recurrió al médico por bazo movible é hipertróco. En este caso tambien la operación fué seguida de éxito; el bazo pesaba 400 gramos y no pudo notarse alteración histológica alguna.

A más de estos casos, el autor ha hecho esplenectomía con éxito en otros 4, pero cree que el secreto de esta operaciones suyas está en la oportuna selección de los casos á operar. Durante estos años, dos pacientes querían á toda costa ser operados, pero creyendo que no eran casos en los cuales la operación podia ser seguida de éxito, se rehusó obstinadamente á operarlos.—(*The Lancet*, 19 Octubre 1895.)

Semeiología médica. Los ruidos anémicos del corazón, por Gabbi - Las teorías con las cuales ha querido explicarse el mecanismo de producción de los soplos anémicos del corazón reposan sobre estos puntos fundamentales: vibraciones irregulares de las membranas arteriales ó valvulares, ó formación de la vena fluída ó de torbellinos en la sangre, á causa de las modificaciones de la luz del vaso. Son más generalmente aceptadas los que creen que los ruidos anémicos se orijinan en las vibraciones irregulares de las membranas

elásticas. En efecto, cuando se considera que de ordinario, en tales casos, el corazón está anatómicamente intacto, que estos ruidos de soplo pueden producirse en una hemorragia rápida, que pueden desaparecer prontamente modificando artificialmente la acción cardiaca, se ve que no es posible invocar siempre esas condiciones de estenosis ó dilataciones que representan los factores eficaces de los soplos en el corazón lesionado.

Preocupóse el autor de indagar la causa por la cual los soplos se presentan primero en el foco pulmonar y se suceden después en el modo bien conocido, á fin de iluminar indirectamente la génesis de los ruidos anormales. La producción del soplo en el foco pulmonar antes que en otro alguno, debe reconocer alguna causa local. A este respecto, debe considerarse que la anemia influye sobre la nutrición y sobre la elasticidad de las paredes vasculares, las cuales perderán tanto más pronto su tonicidad cuanto menor la tengan, en relación con su estructura. Además, la crasis alterada de la sangre interesa á la venosa como á la arterial, pero más especialmente á la primera que ya en condiciones fisiológicas puede llamarse discrásica por su pobreza en oxígeno.

Admitidos estos hechos, puede tentarse una explicación plausible de porqué estos soplos aparecen primero en el foco pulmonar: en el hecho, auscultamos sobre un foco donde corre sangre venosa y la arteria pulmonar tiene menos tonicidad que la aorta. Los hechos clínicos apoyan esta explicación. En las cloróticas como en las anémicas de otro origen, tenemos soplos sistólicos en la pulmonar, que en las primeras tiene por coeficiente, por decir así, un exceso de tensión provocado por el aumento nervioso de la acción cardiaca, y en las segundas, un descenso provocado por la deficiencia de ésta. En las últimas, exajerada artifialmente la acción cardiaca, el soplo puede desaparecer y dar lugar al tono normal.

La explicación vale también para los soplos que se observa después de hemorragias profusas; no está aquí modificada la elasticidad de las paredes arteriales, pero si está cambiada la energía del sístole cardiaco.—(*Lo Sperimentale*, número 28, 1895.)

EL CÍRCULO MÉDICO EN EL AÑO 1895

Grato deber nuestro es recordar en el último número del año los progresos alcanzados por la Asociación de que esta revista es órgano, para agradecer debidamente la protección cada vez mayor que el gremio profesional le dispensa.

A principios del año, el número de socios activos alcanzaba á 350; al finalizar, la cifra es de 482, ó sea casi 500. El aumento de socios activos ha sido, pues, de un 30 % sobre la cifra anterior, y ese solo dato basta para apreciar cuánto ha ganado el Círculo por su labor incesante y profícua. El número de socios corresponsales ha crecido también notablemente, y entre ellos han ingresado personalidades científicas tan descollantes como Jullien, el conocido especialista de afecciones venéreas, Sanarelli, bacteriologista de nota y hoy profesor en la Universidad de Montevideo, los doctores Moncorvo y Pinto Seidl de la Facultad de Rio Janeiro, etc., etc.

Las conferencias científicas se han sucedido todo el año, habiéndose tratado temas de medicina interna, de cirugía, de pediatria, de anatomía patológica, de profilaxia, etc., etc., y por primera vez en nuestra asociación, ellas han sido verdaderas academias con discusión interesante y extensa.

Los Anales, por su parte, no han quedado atrás en esa marcha progresiva, y los que recibieron con marcada desconfianza la aparición quincenal de la revista, temiendo que no pudiera sostenerse con buenos materiales, se habrán convencido con placer de que la laboriosidad de los miembros del Círculo aumenta cada día, y de que los Anales pueden salir quincenalmente, tan bien provistos como las revistas extranjeras de su índole, que aparecen con la misma frecuencia.

Basta recorrer el índice de todo el año, inserto en este número, para persuadirse de que estos 24 números han encerrado mucho mayor material y de mayor interés que los tomos de años anteriores.

Con verdadera entusiasmo nos felicitamos y felicitamos á nuestros consocios por los progresos cumplidos, y hacemos votos por que ellos continúen manteniendo el nombre del Círculo Médico como el de una de las primeras asociaciones científicas sudamericanas.

La Dirección.

ÍNDICE DEL TOMO XVIII (1895) [1]

Págs.

Cirugía general

Tumores de la bóveda palatina. — A. Posadas..... 3 y 77
Preparados de suero sanguíneo para curación de las heridas. — Schleich..... 95
Gastro enterostomía post-cólica por cáncer del píloro. — Barbieri..... 101
Tratamiento de las hemorroides. — Ricard.. 118, 142 y 165
Ruptura traumática del hígado. — Llambías Mir..... 148
Tratamiento de las apendicitis. — Barbieri..... 149
De la cocaina en cirugía. — Decoud..... 173
Muerte súbita después de punción de un quiste hidatídico. — A. Gutiérrez..... 190
Íd. íd. — Palma, Decoud, Llambías, Lucero, Araoz Alfaro, Vidal..... 197
Anastomosis mecánica de los intestinos. — Decoud..... 199
Resección de la tibia. — Decoud..... 200
Curación radical de hemorroides. — Palma..... 253
Técnica y resultados de la resección del estómago. — Kocher..... 294
Tratamiento del bolo fecal. — Barbieri.... ..... 289 *bis*
Tonsilotomía galvano-cáustica. — Garibaldi Monaco..... 353
Clínica quirúrgica de Berna. — Repetto..... 316 y 372
Punción vertebral lumbo-sacra. — Chipault..... 386
Seroterapia en el cáncer. — A. Gutiérrez..... 411
Ambulación en las fracturas del miembro inferior. — Repetto..... 435
Curación radical de hernias. — Repetto..... 439
Anestesia quirúrgica y respiración artificial. — Repetto. 442
Modificaciones á la piloroplastia. — Mayo Robsan..... 451
Cura radical de la hernia inguinal. — Aguilar..... 483
Tratamiento quirúrgico de las meningitis — Nannotti... 486
Anestesia general por el bromuro de etilo. — Julio Paz.. 539

(1) Por un error de compaginación, se ha repetido los folios 301 á 336. En el índice agregaremos la palabra *bis* á las páginas de numeración repetida.

Págs.

Nuevo procedimiento de sutura ósea en las resecciones de la rodilla. — Vasallo..... 552
Resección del maxilar superior. — Repetto..... 557
Cirugía pulmonar. — Repetto..... 559
Neuroma del nervio mediano. — Repetto..... 562
Cura radical del hidrocele crónico — Kocher..... 562
Fractura del raquis — Repetto..... 564
Ileocolostomía por ano contra natura. — Gutiérrez..... 573
Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Basedow — Tricorni..... 611
Quistes hidatídicos. — Posadas..... 613
La pilorectomía; manual operatorio del profesor Kocher. — Repetto..... 621
Tres casos de esplenectomía. — Sutton..... 629

Clínica médica — Enfermedades nerviosas

Apendicitis y abcesos secundarios del hígado. — Darquier. 30
Insuficiencia mitral y pericarditis. — Darquier..... 34
La litiasis biliar y el corazón — Gaillard..... 37
Parálisis consecutiva á angina no diftérica — Proust y Bourges..... 37
Las ideas fijas y la poliuria histérica. — Souques..... 40
Diagnóstico de las enfermedades de la médula. — Royo y Villanova..... 70
Nuevo tratamiento de los derrames pleurales. Levachoff..... 91
De los vejigatorios en las broncopneumonías. — Llambías Mir y Araoz Alfaro..... 158
Alalia histérica. — Estevez..... 162
Esclerosis pulmonar y dextrocardia. — Araoz Alfaro, Vidal, Wernicke..... 201
Trofoneurosis; mal perforante plantar y aïnhum. — Gutiérrez..... 256
Sífilis terciaria precoz; sífilis cerebral; dextrocardia. — Inurrigarro..... 270
Neurastenia angio-paralítica ó pulsátil. — Dana..... 291
Monoplegia histérica del serato mayor. — Verhoogen.... 296
Psicosis con letargia de seis meses. — Berkhan..... 296
Gimnasia mecánica. — Orias..... 297
La física de los sonidos y soplos del corazón. — Davison..... 333, 406 y 508
Bradicardia en la ictericia por retención. — Méndez..... 354

Págs.

La medicación tímica en la enfermedad de Basedow y el bocio simple. — Mikulickz..... 362
Uremia cerebral.—Rendu..... 384
Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. — Grancher..... 385
La alimentación tiroidea en la alienación mental. — Lewis Bruce..... 385
Amargos y aromáticos en la digestión. — Jacontini..... 446
El seno histérico. — Gilles de la Tourette..... 449
Medicación tiroidea. — Repetto..... 453
Mixedema. — Repetto..... 456
Digital en la pneumonía crupal. — Naegeli-Akerblon..... 485
Vómitos incoercibles y galvanización. — Alurralde..... 493
Bronquitis herpética. — Lancereaux..... 587
Anemia grave y transfusión. — Ewald..... 610
Contribución á la patogenia de la acromegalia. — Tamburini..... 628

Enfermedades infecciosas; bacteriología; parasitología

Manifestaciones laríngeas del sarampión. — Segura..... 5
Seroterapia en el cólera. — Svatschenko..... 10
Icterias epidémicas. - Lireux..... 11
Difteria y seroterapia. — Descroizille, Comence y Sator, Lépine, Ritter, Pouchet, Hansemann, Tálamon, Le Gendre, Landouzy, Scheinmann, Liebreich..... 38 y 40
Papel de los leucocitos en las infecciones diftéricas. — Gabritchewski..... 45
Diagnóstico rápido del bacillus del tifus. — Lyonnet..... 46
Profilaxia de la tuberculosis en los tambos. — Schatz..... 55
Preparación del suero antidiftérico en las «Hoechster Farwerken». — Eiermann..... 62
La seroterapia en la difteria. — Ferreyra..... 87
Inoculaciones anticoléricas en el Indostán. — Haffkine..... 93
Diagnóstico del vibrión del cólera en placas. — Elsner..... 98
Inmunidad específica del bacilo del tifus. — Pfeiffer..... 98
Difteria y seroterapia. — Heim, Monti, Unterholzner, Kassowitz, Drasche, Kolisko, Paltauf, Widerhofer, 112 y 115
Influenza (notas sobre la última epidemia). — Vidal..... 127
Diagnóstico bacteriológico de la difteria. — Méndez..... 145
Actinomicosis. — Wernicke (R.)..... 223

Págs.

Enfermedades infecciosas y antitoxinas. — Susviela Guarch..... 277 y 294
Gangrena pulmonar en la escarlatina. — Richardière.... 387
Seroterapia del tifus. — Klemperer y Lévy..... 447
Fiebre ganglionar. — Hoerschalmann..... 448
Seroterapia de la tuberculosis. — Maragliano..... 468
Pneumonía crupal y digital. — Naegeli-Akerblom..... 485
Sífilis hereditaria tardía. — Aráoz Alfaro..... 501
Id. íd. íd. — Gordillo..... 578
Id. íd. íd. — Torrent J. E..... 606
Efectos de la antitoxina en la difteria. — Ballestero..... 530
Diagnóstico de la difteria. — Fränkel..... 545
Diagnóstico de la lepra..... 546
Observaciones sobre la fiebre tifoidea en los niños. — Araoz-Alfaro..... 593

Enfermedades de niños

Ipeca en las disenterías y enterocolitis infantiles. — Aráoz-Alfaro..... 75
Tratamiento de las broncopneumonías infantiles. — Aráoz-Alfaro..... 104
Afecciones gastro-intestinales de los niños. — Czerny y Moser..... 169
Vejigatorios y antimoniales en las broncopneumonías. — Martínez Vargas..... 334
La belladona en los niños — Comby..... 334
La hidroterapia en las pneumonías infantiles. — Martínez (B. D.)..... 399
Antipirina y acónito en terapéutica infantil. — Àrraga.. 549
Tuberculosis difusa de los niños. — Ávila Méndez..... 565
Sífilis hereditaria tardía. — Aráoz Alfaro, Lucero, Gordillo..... 501 y 578
La fiebre tifoidea en los niños. — Aráoz Alfaro..... 593
Tuberculosis difusa de los niños. — Llambías Mir..... 609
La cirrosis hepática en la infancia. — Edoards..... 626

Fisiología

La visión en los pescados. — Wernicke (O.)..... 49
Teoría histológica del sueño. — Duval..... 116
Hipnotismo y fascinación. — Picado..... 306

Ginecología; Obstetricia

Elitrotomía interligamentaria; indicaciones y manual operatorio. — Chiocconi..... 25

Págs.

Travaux d'électrothérapie gynecologique. — Apostoli.... 72
Obliteración del orificio interno del cuello y ruptura del útero durante el trabajo. — Salcedo..... 79
Tratamiento de las inflamaciones pelvianas de la mujer. — Martín de Argento..... 121
La estomatoplastia por ahuecamiento comisural como tratamiento de la estenosis del cuello uterino. — Chiocconi..... 134
Movimiento de la Maternidad del Hospital Rivadavia (1894). — Salcedo..... 274

Higiene y demografía

La epidemia de cólera. — Susini..... 22
Nuevo pabellón en el Hospital San Roque..... 24
La caseina como medio alimenticio. — Salkowsky..... 43
Desinfección de la boca en los niños. — Hartmann..... 45
Profilaxia de la tuberculosis en los tambos de Buenos Aires. — Schatz..... 55
Higiene de la ciudad de Salta. — Aráoz R..... 68
Climatologie médicale de la Rép. Arg. — Gache..... 236, 414

Medicina experimental; Patología general; Anatomía patológica

Contribución al estudio de los tumores de la bóveda palatina (con fototipías). — Posadas..... 3, 77
Inoculaciones anticoléricas en el Indostán. — Haffkine.. 93
Diagnóstico del vibrión del cólera en placas. — Elsner... 98
Inmunidad específica del bacilo del tifus. — Pfeiffer..... 98
Propiedades bactericidas y microbiófilas del suero del conejo, para el estafiloco. — Courmont..... 139
Influencia de la célula macho en la herencia de la inmunidad. — Charrin y Gley..... 140
Enfermedades infecciosas y antitoxinas. — Susviela Guarch..... 277 y 294
Física de los tonos y soplos cardíacos. — Davison.. 333, 508
» » » » — Lucero, Aráoz Alfaro..... 406, 409, 508
Bradicardia en la ictericia por retención. — Méndez..... 354
Acción del paraclorofenol sobre el bacillus de Koch. — Splenger..... ..... 330 *bis*
El núcleo celular y la trasmisión de los caracteres hereditarios. — de Madrid..... 389, 425
Bacilo de Eberth y bacilo coli commune. — Tatti..... 521

Págs.

Los ruidos anémicos del corazón. — Gabbi..... 630

Medicina legal; Toxicología

Envenenamiento accidental por el datura stramonium. — Aráoz Alfaro..... 8
Ruptura traumática del hígado. — Llambias Mir..... 148
Equimosis subserosas (manchas de Tardieu). — Llambías Mir..... 232
Envenenamiento por la cocaina — Pacaud..... 591

Odontología

De la importancia de un tratamiento oportuno del abceso alveolar. — Henríquez..... 288
Patogenia y tratamiento del abceso alveolar. — Palermo..... 324 *bis*

Oftalmología

La visión en los pescados — Wernicke (O.)..... 49
Tratamiento quirúrgico del desprendimiento de la retina. — Wernicke (O.)..... 365
Ambliopía por el uso del datura stramonium. — di Cerrillo. 591

Terapéutica y farmacología

Euforina. — Pérez Noguera..... 12
Bebidas calientes en las dispepsias. — Mathieu..... 14
Tratamiento de la úlcera del estómago..... 16
Glicerolado bórico salicílico..... 16
Tratamiento local de la difteria. — Loeffler..... 17
Tratamiento de las quemaduras por el aristol. — Haas..... 19
El salofeno como antirreumatismal. — Lavrand..... 41
Ioduro de rubidio. — Schöler y Neisser..... 42
Tratamiento dietético de las enfermedades del corazón. — Glax..... 42
Levadura de cerveza contra forunculosis y diabetes. — Debruzi..... 44
Preparación del suero antidiftérico en las «Hoechster Farwerken»..... 62
Ipeca en las disenterías y enterocolitis. — Aráoz Alfaro.. 75
Nuevo tratamiento de los derrames pleurales. — Levachoff..... 91
Preparados de suero sanguíneo para curación de heridas. — Schleich..... 95
Capraol..... 96
Carbón de paja para curaciones. — Kikusi..... 96

Págs.

Lysidina — Grawitz..... 97
Solución contra picadura de insectos..... 97
Malaquina. — Merkel..... 97
Tratamiento de las broncopneumonías infantiles.—Aráoz Alfaro..... 104
Difteria y seroterapia (Soc. Médica de Viena)..... 112
Elección de sales de quinina. — Patein..... 117
Tratamiento de las hemorroides. — Ricard..... 118
El vejigatorio en las broncopneumonías..... 158
La cocaina en cirugía..... 163
Bromalina. — Laquer..... 171
Ferropirina. — Cubasch..... 207
Papaina contra la tenia - Bartholow..... 208
Fermento glicolítico en la diabetes. — Lépine..... 258
Alimentación rectal. — Singer..... 293
Gimnasia mecánica..... 297
Preparaciones de aceite de hígado de bacalao..... 299
Sulfofenato de magnesia..... 300
Belladona en los niños..... 334
Medicación térmica en la enfermedad de Basedow y el bocio. — Mikulicz..... 362
Resorcina en la antisepsia nasal y bucal. — Binet..... 363
Ergotina contra el sudor de los tísicos. — Goldenbach. 330 *bis*
Sales de estroncio. — Ried..... 331
Saligenina..... 381
Éter para narcosis..... 382
Thyroidinum sicum..... 383
Nosofeno..... 383
Seroterapia en el cáncer. — A. Gutiérrez..... 411
Infusiones y transfusiones de agua salada. — Kocher.... 443
Amargos y aromáticos en la digestión gástrica. — Jacontini..... 446
Bromidia..... 452
Medicación tiroidea. — Repetto..... 453
Seroterapia en la tuberculosis. — Maragliano..... 468
Digital en la pneumonía crupal..... 485
Tenífugo. — Grœser..... 488
La galvanización en los vómitos incoercibles. — Alurralde 493
Efectos de la antitoxina en la difteria. — Ballestero..... 530
Bromuro de etilo como anestésico. — Julio Paz..... 539
Sueros antidiftéricos de Behring, Roux y Aronson..... 543

Págs.

Quinina en la tos convulsa..... 547
Antipirina y acónito en terapéutica infantil.—Arraga... 549
Anemia grave curada por la transfusión.—Ewald..... 610
Pseudoleucemia curada por inyecciones de arsénico.—Katzeustein..... 628

Varios—Facultades é instituciones médicas—Concursos, etc.

Edificio del Círculo Médico..... 48 y 122
Inauguración del nuevo edificio..... 123, 226
Los profesores sustitutos..... 124
Discurso del Presidente del Círculo en la inauguración del edificio..... 209
Estado actual de la instrucción médica en la República.—Aráoz Alfaro..... 211
Informe de la C. de edificación del Círculo Médico..... 240
Sociedad de socorros entre médicos..... 250, 364, 422
El esfuerzo colectivo.—Paul Groussac..... 302
Hipnotismo y fascinación.—Picado..... 306
Memoria del Círculo Médico (1893 á 95).—Amoretti.... 313
Recepción de la nueva Comisión Directiva del Círculo. 329
Desórdenes en la Facultad de Medicina..... 302 *bis*
Sanatorio para tuberculosos..... 421
Libertad de estudios..... 491
Cursos libres en la Facultad (Proyecto del Arca, Fernández)..... 511
Concurso internacional de bacteriología..... 519
El Círculo Médico en 1895..... 632

Vías urinarias

Uretrotomía interna sin sonda permanente.—Castro Escalada..... 259
Talla hipogástrica; sutura de la vejiga con seda.—Castro Escalada..... 305 *bis*
Hipertrofia de la próstata y castración.—Albarrán..... 589

Bibliografía

Apuntes de farmacia teórico-práctica.—I. Capdevila.... 20
Tuberculosis quirúrgicas en los niños.—J. M. Cullen... 20
Examen físico y funcional del aparato auditivo.—J. E. Torrent..... 21
Apuntes de clínica infantil.—R. G. Torrent..... 21
Introducción al estudio de la higiene de la ciudad de Salta.—Ricardo Araoz..... 68

Págs.

Diagnóstico de las enfermedades de la médula espinal. Royo y Villanova 70
Travaux d'électrothérapie gynecologique. – G. Apostoli. 72
Tratado de medicina de Charcot, Bouchard y Brissaud 99, 276
Enciclopedia de Ziemssen 99
Las inflamaciones pelvianas de la mujer, etc. — C. Martín de Argento 121
Climatologie médicale de la Rép. Argentine, etc. – S. Gache 236, 414
Maternidad del Hospital Rivadavia. — S. Salcedo 274
Filosofía de la esperanza. — C. Baires 276
La gimnasia mecánica. - G. Orias 297
Zoología médica (Conferencias del Dr. Cantón) 298
Assainissement de Buenos Aires. — Coni 299
Perturbación de la inteligencia y de los sentidos. — Mugica Farías 357
Contribución al estudio del Schinus Molle. — J. L. Renoulin 488
La coqueluche. — S. Terán 489
Tratado de ginecología de Hart y Barbour 490

Necrología

Dr. Francisco Silveyra 148
Dr. Mauricio González Catán 206
Cornelio Anfosso 336
Dr. Ignacio Pirovano ..... 301 *bis*
Pasteur 492
Dr. Benjamín Araoz 592

ÍNDICE DE AUTORES

Albarrán 589
Aguilar J. 483
Alurralde M. 493
Amoretti A. 209, 313
Apostoli 72
Arca (del) E. 511
Aráoz Alfaro G... 8, 75, 104, 158, 197, 201, 211, 409, 501, 508, 593
Aráoz Ricardo 68

Págs.

Árraga A. 549
Ávila Méndez 565
Baires 276
Ballestero 530
Barbieri ..... 101, 149, 289 *bis*
Bartholow 208
Berthan 296
Binet 363
Capdevila I. 20
Castro Escalada P. ..... 259, 305 *bis*
Cerrillo (di) 591
Charrín y Gley 140
Chiocconi A. 25, 134
Chipault 386
Comby 334
Coni 299
Comence 38
Cubasch 207
Cullen J. M. 20
Courmont 139
Czerny y Moser 169
Dana 291
Darquier J. 30, 34
Davison D. T. 333, 406, 508
Debruzi 44
Decoud D. 173, 197, 199, 200
Descroizilles 38
Drasche 112
Duval 116
Edwards 626
Eiermann 62
Elsner 98
Esteves 162
Ewald 610
Fernández J. R. 511
Ferreyra M. 87
Fränkel 545
Gabbi 630
Gabritchewski 45
Gache 236, 414
Gaillard 37

Págs.

Garibaldi Monaco 353
Gilles de la Tourette 449
Glax 42
Gley 140
Goldenbach ..... 330 *bis*
Gordillo L. 501, 578
Grancher 385
Grawitz 97
Groeser 488
Groussac 352
Gutiérrez A. 190, 256, 411, 573
Haffkine 93
Hansemann 38
Hartmann 45
Hass 19
Hart y Barbour 490
Heim 112
Henriquez 288
Hoerschelmann 448
Inurrigarro L. 270
Jacontini 446
Kassowitz 112
Katzeustein 628
Klemperer 447
Kikusi 96
Kocher ..... 294, 443, 562 y 621
Kolisko 112
Lancereaux 587
Landouzy 38
Laquer 171
Lavrand 41
Llambias Mir 148, 158, 197, 232, 609
Le Gendre 38
Lépine 39, 208
Levachoff 91
Lewis Bruce 385
Liebreich 38
Lireux 11
Lœfler 17
Lucero 197, 406, 501, 508
Lyonnet 46
Madrid (de) S. 389, 425
Maragliano 468
Martinez B D. 399
Martinez Vargas 334
Martin de Argento 121
Mathieu 14
Mayo Robson 451
Méndez J. 145, 354
Merkel 97
Mikulicz 362

Págs.

Marti 112
Mujica Farías 357
Nannotti 486
Noegeli Akerblom 485
Orias G. 297
Pacaud 591
Palermo ..... 324 *bis*
Palma P. 197, 253
Paltauf 112
Patein 117
Paz J. 539
Pérez Noguera 12
Pfeiffer 98
Picado 306
Posadas 3, 77, 613
Pouchet 38
Proust y Bourges 37
Rendu 384
Renoulin J. L. 488
Repetto N. ..... 316, 372, 435, 439, 442, 453, 557 y 621
Ricard 118, 142, 165
Richardière 387
Ried 331
Ritter 38
Royo y Villanova 70
Salcedo 79, 274
Salkowsky 43
Schatz 55
Scheinmann 38
Schleich 95
Segura E. V. 5
Singer 293
Splenger ..... 330 *bis*
Souques 140
Susviela Guarch 277, 294
Susini 22
Sutton 629
Svatschenko 10
Tálamon 38
Tamburini 628
Tatti S. 521
Terán S. 489
Torrent J. E. 21, 606
Torrent R. G. 21
Tornú 357
Tricorni 611
Unterholzner 112
Vasallo B. 552
Verhoogen 296
Vidal 127, 197, 201
Wernicke R. 201, 223
Wernicke Otto 49, 365
Widerhofer 112

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE